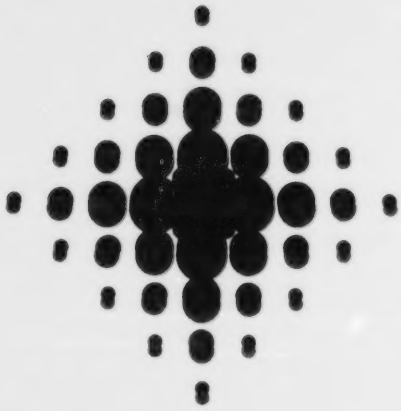
Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Les services de santé et les services sociaux

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

۲۶-۲۰۶۷۳/

Les services de santé et les services sociaux

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Les services de santé et les services sociaux

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Québec

Le contenu de cette publication a été réalisé
par la Commission d'enquête sur les services de
santé et les services sociaux.

Cette édition a été produite
par Les Publications du Québec

© Gouvernement du Québec
Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
1er trimestre 1987
ISBN 1-551-08888-7

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

Mandat

Conformément au décret du 29 janvier 1986 adopté par le Gouvernement du Québec, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a pour mandat :

- d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs et plus particulièrement :
  - les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux incluant :
    - les responsabilités réciproques du ministère de la Santé et des Services sociaux, des conseils régionaux et des établissements ;
    - la coordination des niveaux de décision ;
    - le rôle des professionnels au sein du système ;
    - les mécanismes de participation du milieu et de concertation avec les principaux collaborateurs externes au système de santé et de services sociaux ;
  - le financement des services de santé et des services sociaux en tenant compte notamment :
    - des facteurs influençant l'offre et la demande des services ;
    - du développement technologique ;
    - du niveau et des modes possibles de financement ;
    - du processus de décision pour l'allocation des ressources ;
    - des mécanismes d'évaluation et de contrôle ;
  - d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux ;
  - de faire au Gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

Membres

Président :	Jean Rochon
Commissaires :	Harvey Barkun, Janine Bernatchez-Simard, Roger Bertrand, Jean-Pierre Duplantie, Norbert Rodrigue
Secrétaire général :	Guy Gélineau

Introduction générale

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux adoptait, dès ses débuts, une démarche en deux étapes. La première portait sur l'identification des problèmes et des enjeux et a donné lieu à une consultation générale menée au cours du printemps 1986. La synthèse de cette consultation est publiée sous le titre de *Problématiques et enjeux*.

La seconde étape des travaux de la Commission porte sur l'élaboration d'hypothèses de solutions. Entreprise à l'automne 1986, celle-ci se terminera avec la parution du rapport final de la Commission. Elle sera marquée au cours des prochaines semaines d'une consultation menée sous la forme de séances de travail avec des organismes panquébécois, auxquels s'associeront des représentants régionaux.

C'est dans le cadre de cette deuxième étape de ses travaux que la Commission rend publiques quelques-unes de ses pistes de réflexion. Ces pistes de réflexion prennent la forme de quatre documents :

- le premier présente une description sommaire du système des services de santé et des services sociaux ;
- le deuxième esquisse à grands traits la toile de fond sociale sur laquelle s'inscrit l'évolution du système des services de santé et des services sociaux ;
- le troisième présente un essai de définition des finalités et des objectifs du système, basé essentiellement sur la protection des acquis ;
- le quatrième dresse la liste des problèmes et des questions jugés prioritaires par la Commission et présente les outils dont elle s'est dotée pour analyser et intégrer les données qu'elle a recueillies par ses programmes d'activités, à savoir la consultation générale, la consultation d'experts et la recherche.

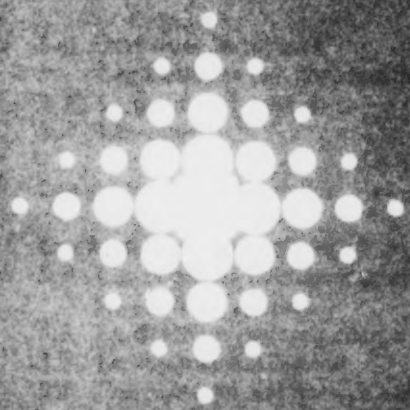
Ces quatre documents autonomes ne constituent ni des rapports d'étape, ni des rapports préliminaires. Ils sont rendus publics pour permettre à tous ceux et à toutes celles qui s'intéressent aux travaux de la Commission, d'en suivre le cheminement.

La Commission remercie l'équipe des conseillers spéciaux et des conseillers scientifiques, l'équipe de coordination, les analystes, les agents de recherche, ainsi que le personnel de secrétariat et du centre de documentation pour leur contribution à la réalisation de ces documents.

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

es services de santé
t les services sociaux

UNE DESCRIPTION SOMMAIRE
DU SYSTÈME DES SERVICES
SANTÉ ET DES SERVICES



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

Table des matières

I	**Introduction**	5
II	**Les structures**	7
	2.1 Le cadre légal	7
	2.2 Les composantes du système	7
III	**Les ressources humaines**	11
	3.1 Les membres des corporations professionnelles	11
	3.2 Le personnel salarié	11
	3.3 Les cadres	12
IV	**Les ressources matérielles**	13
V	**Les ressources financières**	15
	5.1 Les dépenses publiques pour les services de santé et les services sociaux	15
	5.2 Le degré de prise en charge publique des dépenses de santé	17
	5.3 Le financement fédéral	18
	5.4 Les coûts des services de santé: quelques éléments de comparaison	18
VI	**Conclusion**	20

I — Introduction

Le système québécois de services de santé et de services sociaux constitue l'objet principal d'étude de la Commission. Ce système est vaste et complexe; il comprend:

- l'univers des services qui sont sous la responsabilité légale du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les organismes issus de la communauté; il s'agit d'une réalité distincte, qui existe de façon autonome, même si le financement de ces organismes dépend, en bonne partie pour certains, de fonds publics; actuellement près de 1 000 organismes communautaires reçoivent des subventions gouvernementales pour un montant annuel de l'ordre de 26 millions;
- les dispensateurs qui exercent en cabinet privé et dont les services ne sont pas assurés par un programme public;
- certains organismes gouvernementaux qui agissent dans le secteur des services de santé ou des services sociaux tels que l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Office des services de garde à l'enfance, la Commission de la santé et de la sécurité du travail et l'Office des professions du Québec.

Dans le présent document, nous décrivons de façon sommaire le seul univers des services sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ceci résulte du fait que les données disponibles à ce moment-ci ne permettent pas de faire une description satisfaisante des autres univers; par contre, des travaux sont en cours qui viendront fournir les données requises, en vue du rapport final de la Commission.

II — Les structures[1]

2.1 Le cadre légal

Le cadre légal du système est issu pour l'essentiel des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu. C'est en effet de 1969 à 1971 qu'ont été adoptées les lois qui constituent les assises du système actuel:

1) Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux,
2) Loi sur les services de santé et les services sociaux,
3) Loi sur l'assurance-maladie,
4) Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

2.2 Les composantes du système

Ce cadre légal comprend également un certain nombre de lois fédérales parmi lesquelles:

- le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC);
- la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé;
- la Loi canadienne sur la santé.

2.2.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le Ministère est responsable de l'élaboration et de l'application des politiques relatives aux services sociaux et aux services de santé. Pour ce faire, il compte sur un personnel d'environ 1100 personnes. Le Ministre peut aussi s'appuyer, pour le conseiller ou pour administrer certains programmes, sur sept organismes qui relèvent de son autorité: le Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF), le Conseil consultatif de pharmacologie, le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), la Corporation d'hébergement du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec, le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

2.2.2 La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

La Régie administre le programme d'assurance-maladie et tout autre programme que la Loi ou le gouvernement lui confie tels que le programme d'aides auditives pour les bénéficiaires de l'aide sociale de plus de 35 ans (ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu) et le programme de rémunération des résidents et internes (ministère de l'Enseignement supérieur, de la Science et de la Technologie). Elle gère les ententes qui sont conclues entre le ministre responsable et les organismes représentatifs des professionnels de la santé dont les services sont assurés.

La Régie doit notamment :

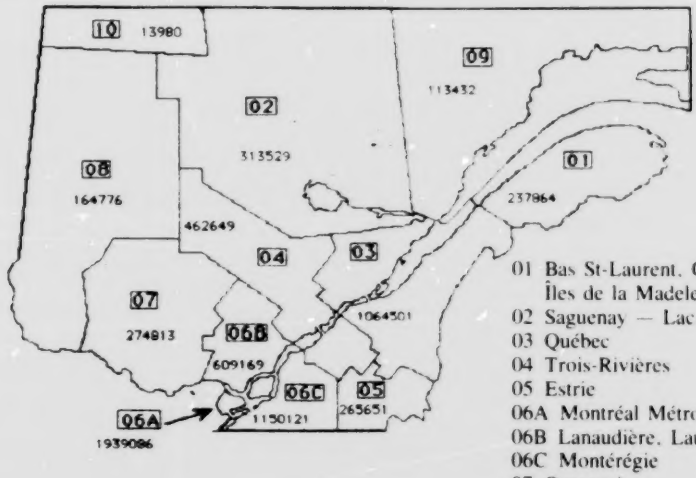
- tenir à jour un fichier des professionnels dont les services sont couverts ;
- inscrire les bénéficiaires et leur délivrer une carte d'assurance-maladie ;
- rémunérer les professionnels qui fournissent les services assurés ;
- le cas échéant, rembourser les bénéficiaires lorsque le dispensateur n'a pas adhéré au régime.

2.2.3 Les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS)

Le Québec est divisé en 12 régions socio-sanitaires. Chacune d'elles possède un CRSSS, à l'exception du Nouveau-Québec qui compte un conseil pour les Cris et un conseil pour les Inuit (Graphique 1).

Graphique 1

Nombre d'habitants selon la région socio-sanitaire, Québec, 1986
(population totale = 6 609 571)



01 Bas St-Laurent, Gaspesie
Îles de la Madeleine
02 Saguenay — Lac-Saint-Jean
03 Québec
04 Trois-Rivières
05 Estrie
06A Montréal Métropolitain
06B Lanaudière, Laurentides
06C Montérégie
07 Outaouais
08 Abitibi-Témiscamingue
09 Côte-Nord
10 Nouveau-Québec

Source : Données du recensement de Statistique Canada, 1961, 1981 et des résultats d'une projection de population à partir du modèle SUPER-POP.

Les CRSSS doivent, selon la Loi, assurer une représentation régionale des intérêts et des besoins de la population, promouvoir une prise en charge régionale des services, susciter la participation de la population au fonctionnement des établissements et recevoir les plaintes des usagers.

Au fil des années, les CRSSS ont reçu du Ministre des mandats additionnels concernant notamment la gestion du réseau d'établissements, l'admission et l'évaluation des bénéficiaires, la gestion financière, les plans d'organisation des centres hospitaliers et la réallocation des ressources entre différents types d'établissement.

2.2.4 Les centres hospitaliers (CH)

Au 1er janvier 1986, on comptait 222 centres hospitaliers, dont :

- 122 centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) publics, qui peuvent également offrir des services de soins de longue durée à une partie des bénéficiaires qui y sont hébergés ;
- 41 centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) publics, qui assurent des soins aux personnes qui ont besoin d'être hospitalisées pour une période moyenne supérieure à 90 jours ;
- 15 centres hospitaliers à vocation psychiatrique (CHPSY) qui dispensent des services de courte et de longue durée aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale ;
- 44 centres hospitaliers privés et conventionnés, c'est-à-dire soumis à des normes gouvernementales et financés en grande partie par l'État.

2.2.5 Les départements de santé communautaire (DSC)

Les 32 départements de santé communautaire sont des départements de centres hospitaliers. Cependant, à la différence des autres départements de l'hôpital, ils sont orientés vers la communauté plutôt que vers les soins directs à des individus. Ils sont en particulier responsables d'évaluer l'état de santé physique et mentale de la population, d'élaborer des programmes pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé, de concert avec les autres établissements de leur territoire, et d'évaluer l'impact sur la santé des différents programmes.

2.2.6 Les centres locaux de services communautaires (CLSC)

Au nombre de 147 le 31 mars 1986 (incluant les centres de santé), les CLSC administrent notamment la plus grande partie des programmes de santé publique destinés aux enfants, aux familles et aux personnes âgées en milieu naturel ; ils ont la responsabilité d'offrir des services sociaux aux personnes vivant dans leur milieu naturel, dont l'évaluation en vue du placement en milieu substitut (institution ou famille d'accueil) ; ils doivent assurer aux jeunes fréquentant les écoles élémentaires et secondaires du Québec les services sociaux et les services de santé requis.

2.2.7 Les centres de services sociaux (CSS)

Il existe 17 centres de services sociaux au Québec, soit un par région socio-sanitaire, à l'exception de la région du Montréal métropolitain qui en compte trois, de la région du Bas Saint-Laurent — Gaspésie qui en compte deux et de la région du Nouveau-Québec qui en compte trois. Ces centres offrent les services nécessaires aux personnes qui éprouvent des besoins sociaux d'adaptation ou de protection. Leur mission s'articule autour des quatre grands axes suivants :

- la protection de la jeunesse qui comprend notamment l'urgence sociale, l'évaluation, l'orientation et la prise en charge des jeunes en besoin de protection, la tutelle sociale, le placement en famille d'accueil ou en institution, la consultation familiale dans le cadre de la protection, l'expertise auprès des tribunaux, l'adoption ;
- les services aux adultes et aux personnes âgées placés en famille d'accueil ou en institution, ainsi que l'intervention auprès des familles d'origine ;
- les services sociaux en milieu institutionnel (notamment dans les centres hospitaliers et dans les centres d'accueil de réadaptation) et auprès de la Cour supérieure (expertise et conciliation) ;
- le développement de ressources intermédiaires, comme les familles d'accueil ou les foyers de protection sociale, les CSS étant responsables du recrutement, de la formation et du suivi des personnes œuvrant au sein de ces ressources.

2.2.8 Les centres d'accueil (CA)

Les centres d'accueil d'hébergement (CAH) reçoivent des personnes en perte d'autonomie physique ou psychique. Quelques-uns d'entre eux offrent également des services pour aider à maintenir le niveau d'autonomie de personnes résidant à l'extérieur du centre, tels des centres de jour. Ils assurent aussi la supervision des pavillons qui leur sont affiliés. On compte 422 de ces centres, dont 185 établissements privés détenant un permis du Ministère.

Les 137 centres d'accueil de réadaptation (CAR) s'adressent à cinq clientèles cibles : les jeunes mésadaptés socio-affectifs (46 centres), les mères en difficulté d'adaptation (5), les personnes handicapées mentales (63), les personnes handicapées physiques (13) et les personnes alcooliques ou toxicomanes (10). En outre, les centres de réadaptation sont responsables des services d'apprentissage aux habitudes de travail (SAHT) offerts en milieu externe. Les services de réadaptation offerts par les centres d'accueil de réadaptation le sont pour une période limitée et visent à l'intégration sociale des personnes.

III — Les ressources humaines[2]

3.1 Les membres des corporations professionnelles

Le Code des professions reconnaît 22 professions dans le secteur de la santé et des services sociaux, soit 20 dans le secteur de la santé et 2 dans le secteur social. La moitié de ces corporations sont d'exercice exclusif, c'est-à-dire que l'appartenance à l'une de ces corporations confère à ses membres l'exclusivité d'un champ de pratique. Pour les autres professions, seul le titre est réservé. En 1984, on comptait 111 577 professionnels actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux. En 1978, ils étaient 94 650. Leur nombre a donc augmenté de 17,8 % en six ans, alors que la population du Québec n'augmentait que de 3,8 % au cours de la même période (Tableau 1).

Ces professionnels sont ou bien salariés dans les établissements du réseau, ou bien rémunérés soit en totalité (médecins) soit en partie (dentistes, optométristes) par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ou bien pratiquent en cabinet privé sans recevoir de financement public.

3.2 Le personnel salarié

En 1984-1985, il y avait 135 625 postes équivalents temps plein dans les institutions du réseau de la santé et des services sociaux (ce nombre exclut les médecins et les dentistes dont la rémunération est assurée par la RAMQ). Il s'agit d'une augmentation de 2,7 % par rapport à 1978, augmentation inférieure à celle de la population (3,8 % au cours de la même période).

Une partie importante de ces postes sont cependant occupés par plus d'une personne. On constate en effet une hausse du nombre d'employés à temps partiel : ainsi en 1978, 58 % des postes étaient « à temps complet régulier » ; en 1984, cette proportion n'était plus que de 46 %.

Ces 135 625 postes équivalents temps plein se répartissaient en 1984 entre les différentes catégories d'emplois suivantes[3] :

- 7 440 professionnels (soit 5,5 % du total) ;
- 16 912 techniciens (12,5 %) ;
- 27 302 infirmières (20,1 %) ;
- 38 533 assistants-techniciens (28,4 %) ;
- 18 669 employés de bureau (13,8 %) ;
- 26 643 ouvriers (19,6 %).

Tableau 1

Évolution des effectifs membres des corporations professionnelles au Québec (1978, 1984)

	Effectifs totaux au Québec		Taux de croissance en %
Catégories de professionnels	**1978**	**1984**	**1978-1984**
Exercice exclusif			
Audioprothésistes	100	96	−4.00
Chiropraticiens	479	609	27.14
Dentistes	2 258	2 742	21.43
Denturologistes	629	844	34.18
Infirmières	45 527	52 078	14.39
Médecins	12 272	14 866	21.14
Opticiens d'ordonnances	396	469	18.43
Optométristes	710	866	21.97
Pharmaciens	3 144	3 852	22.52
Podiatres	127	117	−7.87
Techniciens en radiologie	2 514	2 816	12.01
Titre réservé			
Diététistes	951	1 219	28.18
Ergothérapeutes	388	693	78.61
Hygiénistes dentaires	609	1 164	91.13
Infirmières-auxiliaires	16 674	18 848	13.04
Inhalothérapeutes	897	1 318	46.93
Orthophonistes	241	445	84.65
Physiothérapeutes	905	1 407	55.47
Psychologues	1 838	2 963	61.21
Techniciens dentaires	217	252	16.13
Technologistes médicaux	2 039	1 974	−3.19
Travailleurs sociaux	1 735	1 939	11.76
Population du Québec	6 302 400	6 544 277	3.84

Source : Rapport intérimaire de recherche présenté à la Commission Rochon, par Gilles Dusseault.

3.3 Les cadres

En 1984, il y avait 12 531 postes de cadres équivalents temps plein dans les établissements du réseau, soit une légère hausse (2,9 %) par rapport à 1978. Près de 66 % des cadres travaillent en milieu hospitalier.

IV — Les ressources matérielles

Au 1er janvier 1986, le Québec comptait 919 établissements qui détenaient un permis du MSSS pour gérer 1900 installations offrant des services de santé et des services sociaux. Le réseau disposait ainsi, à cette date, de plus de 27 000 lits de soins de courte durée et de 19 000 lits de soins de longue durée, soit respectivement 4,79 et 2,94 lits par 1000 habitants (Tableau 2). Près de 36 000 places d'hébergement étaient offertes, auxquelles s'ajoutaient 4 000 places en pavillon (soit au total 6,09 places pour 1000 habitants). Il existait en outre 14 600 places en réadaptation dont plus de 9 000 en centres d'accueil de réadaptation.

Tableau 2

Nombre de lits et de places dans les établissements détenteurs d'un permis selon le type et le statut, Québec, au 1er janvier 1986[1]

Type-statut	Nombre absolu	Nbre / 1000 habitants
Soins de courte durée		
Publics	27 167	4,11
Privés	536	0,08
Total	27 703	4,19
Soins de longue durée		
Publics[2]	17 147	2,59
Privés	2 284	0,35
Total	19 431	2,94
Places d'hébergement		
Publiques	27 710	4,19
Privées	8 251	1,25
Total	35 961	5,44
Places en pavillon d'hébergement	4 283	0,65
Places en réadaptation		
En centres d'accueil[3]	9 204	1,39
En services apprent. hab. de travail (SAHT)	3 957	0,6
En foyers de groupe[4]	1 511	0,23

Notes: [1] Données compilées à partir du *Répertoire des établissements de santé et de services sociaux*, 1986.
[2] Incluant 910 lits d'un CHSLD fédéral (Hôpital Sainte-Anne de Bellevue).
[3] Incluant 668 places privées.
[4] Incluant 10 places en appartements subventionnés.

Données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et évaluation, Service des études opérationnelles, janvier 1987.

V — Les ressources financières

5.1 Les dépenses publiques pour les services de santé et les services sociaux

En 1985-1986, les dépenses publiques pour la santé et l'adaptation sociale étaient de 7,627 milliards. Ces dépenses représentent l'un des trois domaines de la mission sociale du gouvernement, l'habitation et la sécurité du revenu constituant les deux autres.

Depuis dix ans, le domaine de la santé et de l'adaptation sociale a progressé moins rapidement que l'ensemble de la mission sociale du gouvernement et que l'ensemble des dépenses publiques. Sa part relative dans la mission sociale est passée de 80 % en 1975, à 72 % en 1985. Aujourd'hui, les dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale représentent 28 % des dépenses publiques, au lieu de 31 % il y a cinq ans.

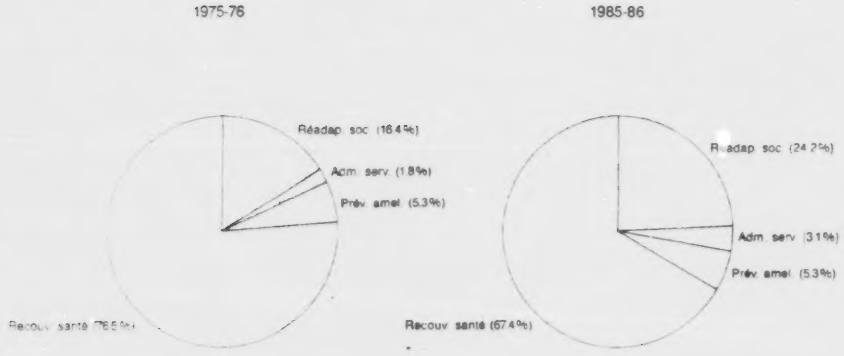
Les dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale comprennent :

- les dépenses en matière de prévention et d'amélioration du milieu de vie, qui représentent 5,3 % du total (Graphique 2). Il s'agit des dépenses reliées au fonctionnement des CLSC, au soutien des organismes bénévoles et à la protection du milieu ;
- les dépenses liées au recouvrement de la santé (centres hospitaliers et RAMQ). Il s'agit du secteur le plus important quant aux coûts puisqu'il regroupe 67,4 % des dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale ;
- les dépenses liées à la réadaptation sociale ; représentant, en 1985-1986, 24,2 % des dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale, elles comprennent notamment les dépenses reliées au fonctionnement des CSS, des CAH, des CAR et des CHSLD ;
- les dépenses liées à l'administration et aux services afférents (notamment la coordination de la recherche, la coordination régionale et nationale, la direction et la gestion des programmes de santé et de services sociaux). Elles représentaient 3,1 % des dépenses totales en 1985-1986.

La part des dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale consacrée au recouvrement de la santé a diminué en dix ans, passant de 76,3 % en 1975-1976, à 67,4 % en 1985-1986. Au cours de la même période, la part du secteur de la réadaptation sociale passait de 16,4 % à 24,2 %, ceci étant en grande partie la conséquence du développement des centres d'accueil.

Graphique 2

Répartition des dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale selon les différents secteurs Comparaison: 1975-1976 et 1985-1986



Source : *Crédits publics du Québec*, 1975-1976 et 1985-1986.

Les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux selon le centre de responsabilité

Les données que nous venons de présenter sur les dépenses dans le domaine de la santé et de l'adaptation sociale proviennent des relevés des comptes publics du Québec : elles reflètent donc les décisions qui sont prises annuellement quant à la répartition des dépenses budgétaires entre les différentes missions, domaines ou secteurs d'activité.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux publie, quant à lui, les données relatives aux dépenses brutes effectuées par ses différents centres de responsabilité[4] : à la différence des données précédentes, ces dépenses incluent également celles qui sont couvertes par des revenus privés (revenus des chambres dans les centres hospitaliers, contributions des adultes hébergés).

Ces données relatives aux dépenses brutes nous fournissent une image plus fidèle et plus précise du coût total des activités des différents acteurs du système, tel que nous l'avons défini.

En 1984-1985, les dépenses brutes totales du Ministère atteignaient 7,9 milliards de dollars. Les centres hospitaliers de soins de courte durée absorbaient 43 % de ce total, leurs dépenses brutes atteignant 3,436 milliards de dollars. Les deux autres types de centres hospitaliers — les centres de soins de longue durée et ceux à vocation psychiatrique — étaient responsables respectivement de 6,9 % et de 5,4 % des dépenses totales du Ministère.

La RAMQ représentait près d'un cinquième de l'ensemble de ces coûts, soit 1,547 milliards, alors que les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation en absorbaient 14 % qu'ils se partageaient presque également (564 millions pour les CAR et 530 pour les CAH). Les autres coûts se répartissaient ainsi: CSS, 4 %; CLSC, 3,3 %; gestion centrale, 1 %; gestion régionale des programmes, 0,7 %.

5.2 Le degré de prise en charge publique des dépenses de santé

Le gouvernement est la principale source de financement des dépenses de santé. En 1985, les fonds publics couvraient 79 % des dépenses totales engagées par les Québécois dans ce domaine. Quelque 21 % de ces dépenses étaient donc assumées par les particuliers, soit directement lors de l'utilisation du service, soit indirectement par le biais d'une assurance complémentaire privée (Tableau 3).

Tableau 3

Répartition des dépenses totales de santé par type de dépenses et part du financement public Québec, 1985

Type de dépenses	En millions de $	Financement public, en % du total
— Dépenses personnelles de santé	8 482,0	79,6
• services institutionnels[a]	5 581,8	89,4
• services professionnels	1 830,4	79,3
médecins	1 343,6	96,0
dentistes	388,0	31,5
autres[b]	98,8	40,4
• médicaments et appareils[c]	1 069,8	26,1
— Autres dépenses reliées à la santé[d]	1 218,9	74,0
— Dépenses totales de santé	9 700,9	78,9

Source: Santé et bien-être social Canada, données non publiées.

Notes:
a) hospitaliers, hébergement, soins à domicile, ambulances;
b) incluant chiropraticiens, optométristes, podiatres, ostéopathes, infirmières privées et physiothérapeutes;
c) médicaments prescrits ou non, lunettes, aides auditives, autres appareils et prothèses;
d) incluant dépenses en capital, administration, recherche, santé publique.

La part du financement public varie de façon considérable selon la nature du service. Les programmes publics couvrent par exemple 90 % du coût des services institutionnels et 96 % du coût des services médicaux. Les programmes publics offrent par ailleurs une couverture plus limitée pour les autres services. Ainsi, les programmes relatifs aux services dentaires sont limités à la couverture de certains services offerts aux enfants et aux bénéficiaires de l'aide sociale, ce qui explique la faible part (31,5 %) du financement public. Même constatation pour les services dispensés par d'autres professionnels et pour les programmes assurant la gratuité des médicaments aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

L'ampleur de l'effort du financement privé dans le domaine de la santé est cependant sous-estimé: il est difficile d'évaluer la valeur des services offerts à titre gratuit par la communauté (famille, entourage, groupes d'entraide, organismes communautaires), ainsi que celle des services offerts moyennant paiement par des dispensateurs appartenant ou non à des corporations reconnues.

5.3 Le financement fédéral

Le gouvernement fédéral partage une partie du coût des services de santé et des services sociaux engagé par les provinces. Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a toutefois modifié les règles de ce partage. Auparavant, il finançait une proportion fixe (50 %) des dépenses engagées par l'ensemble des provinces en matière de services de santé; le pourcentage reçu par chaque province pouvait toutefois varier selon les mécanismes de péréquation existants. Depuis 1977, divers ajustements ont eu pour effet de « plafonner » la contribution fédérale. En 1986-1987, celle-ci s'élevait à 3,1 milliards sous forme de paiements en espèces ou de transferts de points d'impôt.

En matière de services sociaux, la règle est moins universelle. Le gouvernement fédéral ne partage que les coûts engagés pour venir en aide aux clientèles plus démunies financièrement ou à celles qui sont aux prises avec des problèmes particuliers; les services aux enfants maltraités, les services de garde, l'aide à domicile pour les familles en situation de crise et pour les personnes âgées ou invalides, et les services sociaux personnels constituent des exemples de services dont les coûts sont partagés. En 1986-1987, pour le Québec, cette contribution du gouvernement fédéral au titre des services sociaux, à l'exclusion des programmes de sécurité du revenu, était estimée à 362,8 millions[5].

Au total, la participation financière du gouvernement fédéral est estimée à 42 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé et de services sociaux effectuées au Québec en 1986-1987[6].

5.4 Les coûts des services de santé: quelques éléments de comparaison

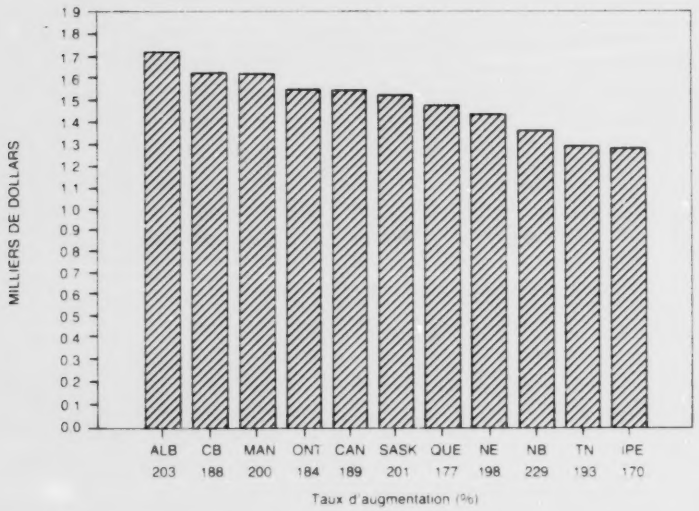
En 1985, au Québec, les dépenses totales de santé s'élevaient à 1475 $ per capita. Cela inclut les dépenses couvertes par les régimes publics, mais aussi celles assumées directement par les individus. Ce montant est légèrement inférieur à la moyenne canadienne (Graphique 3). Au Canada, entre 1975 et 1985, c'est au Québec que les dépenses de santé per capita se sont accrues le moins vite, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les dépenses en % du produit intérieur brut (PIB)

La part de la richesse collective consacrée au secteur de la santé diffère considérablement d'une province à l'autre. En 1984, elle variait de 6,4 % en Alberta, à 12,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La moyenne canadienne était de 8,5 %, le Québec se situant au-dessus de cette moyenne à 9,2 %. Notons qu'en 1984, seules les provinces de l'Alberta, de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan consacraient à ce secteur un pourcentage de leur richesse collective inférieur à celui du Québec (Graphique 4).

Graphique 3

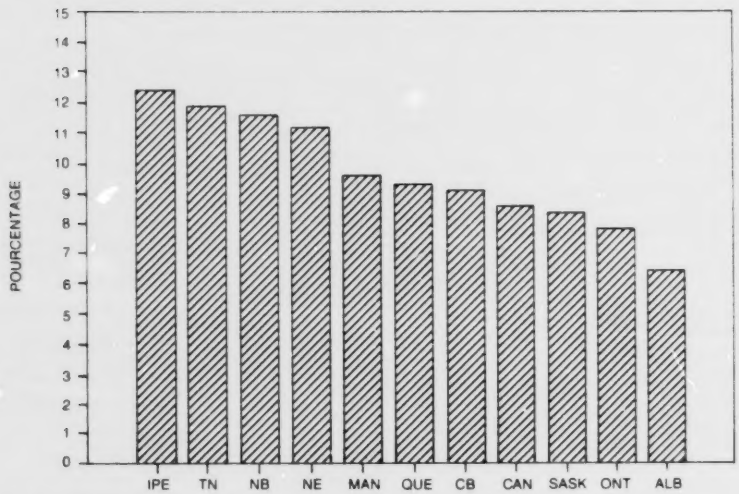
Dépenses totales de santé per capita au Canada et dans les provinces, en 1985, et taux d'augmentation de ces dépenses entre 1975 et 1985



Source : *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1985.* Santé et Bien-être social Canada (à paraître).

Graphique 4

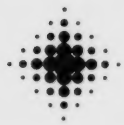
Les dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut, 1984. Comparaisons interprovinciales



Source : *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1985.* Santé et Bien-être social Canada (à paraître).

Les données récemment publiées par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) font ressortir la grande variabilité de la part de leur richesse collective que les différents pays consacrent au secteur de la santé. Ainsi, en 1983, seuls les États-Unis consacraient plus de 10 % de leur PIB à la santé, alors que l'Angleterre n'en allouait que 5,9 %.

Si le Québec consacre un pourcentage relativement important de son PIB aux dépenses de santé, comparativement à l'effort consenti par d'autres provinces ou pays, il a cependant réussi à contrôler le rythme d'augmentation de ces dépenses mieux que la plupart des provinces ou pays considérés. En effet, au cours des 15 dernières années, le rythme moyen d'augmentation des dépenses dans ce secteur au Québec a été comparable à celui de son PIB, ce qui n'est pas le cas pour l'ensemble du Canada et encore moins pour les États-Unis. Il n'y a pas donc pas eu au Québec d'inflation galopante des coûts de santé.



VI — Conclusion

La description que nous venons de faire d'une partie du système des services de santé et des services sociaux nous donne certes une image incomplète de la réalité. Elle permet cependant d'entrevoir sa complexité, la diversité des acteurs et de leurs relations, ainsi que l'importance des enjeux humains et financiers.

Références

1 Toute cette section s'inspire largement du document suivant : ministère des Affaires sociales, *Le système de santé et de services sociaux au Québec*, 1985.

2 Les données de cette partie sont tirées du rapport intérimaire de recherche de Gilles DUSSEAULT. Ce rapport de recherche sera publié au terme des travaux de la Commission.

3 Le MSSS regroupe ainsi les différentes occupations :

- Professionnels : titre d'emploi nécessitant une formation universitaire ;
- Techniciens : titre d'emploi nécessitant minimalement une formation de niveau collégial ;
- Assistants-techniciens : titre d'emploi nécessitant minimalement une formation de niveau secondaire.

4 Elles sont issues des rapports financiers des établissements. Les dernières données disponibles datent de 1984-1985.

5 Denis FUGÈRE, *L'évolution du financement fédéral dans les dépenses budgétaires du Gouvernement en matière de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS, septembre 1986.

6 *Ibid.*

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Les services de santé et les services sociaux

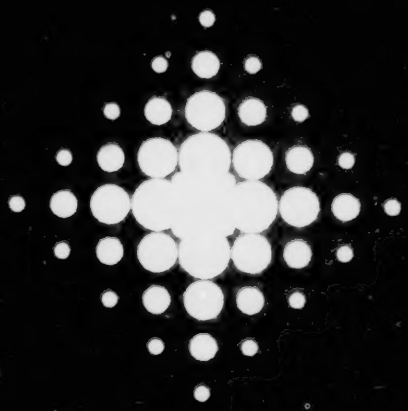


Table des matières

I	**Introduction**	5
II	**Des phénomènes démographiques**	7
	2.1 La baisse de la natalité	7
	2.2 Le vieillissement de la population	7
	2.3 La maturation démographique de la population	8
	2.4 Les écarts croissants entre les régions et les localités	8
	2.5 L'immigration et la diversification ethnique de la population	9
III	**Des changements socio-économiques**	11
	3.1 Le ralentissement du développement économique	11
	3.2 La transformation du marché du travail	11
	3.3 L'inadaptation des programmes de sécurité du revenu	12
IV	**Des mouvements et des dynamiques sociales**	13
	4.1 Le mouvement des femmes vers l'égalité	13
	4.2 La transformation de la famille	14
	4.3 La « jeunesse » : une nouvelle catégorie sociale	15
	4.4 L'éclatement des réseaux traditionnels et l'émergence de nouvelles solidarités	17
V	**Conclusion**	18

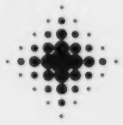
I — Introduction

Depuis les années 60, la société québécoise a connu de profondes transformations et ce, aussi bien sur le plan de la structure économique que sur le plan des modes de vie et des comportements individuels. La Commission Castonguay-Nepveu s'était préoccupée, à l'époque, de l'évolution de ces courants. Quinze ans plus tard, il apparaît nettement que les besoins et les attentes exprimés par la population à l'égard des services de santé et des services sociaux trouvent leurs assises dans une nouvelle réalité sociale. Sans prétendre faire une étude sociologique du Québec, la Commission désire manifester la conscience qu'elle a du contexte de changement dans lequel elle doit concevoir la révision de notre système.

Quelques indicateurs permettent, à cette étape-ci, d'esquisser à grands traits cette toile de fond. Il nous appartiendra, ultérieurement, de mieux préciser les rapports entre ces divers phénomènes et leur impact sur la santé et le bien-être des personnes. Nous examinerons rapidement les transformations sociales qui relèvent de l'évolution démographique, du développement économique et de diverses dynamiques socio-culturelles ; il sera notamment question du mouvement des femmes vers l'égalité, de l'évolution de la famille, de la situation des jeunes et de l'émergence de nouveaux réseaux de solidarité. Ces mouvements ont été porteurs de nouvelles valeurs qui, à leur tour, influencent et guident les changements à venir.

Crise économique et bouleversements sociaux ont eu pour conséquence d'accentuer certains problèmes. Qu'on pense aux effets combinés de la pauvreté, du chômage, de la déstabilisation des réseaux traditionnels et de l'isolement des individus. Au même moment, des problèmes majeurs de santé perdurent alors que d'autres émergent ; pensons seulement ici au cancer, qui atteint un Québécois sur quatre au cours de sa vie, et à cette maladie nouvelle et dévastatrice qu'est le SIDA.

Nous verrons dans le document « Les priorités et les approches d'intégration » comment la Commission intègre ces problèmes sociaux et de santé à son analyse du système ; mais auparavant, c'est la toile de fond des grands mouvements de notre société qui retiendra notre attention.



II — Des phénomènes démographiques

Les changements démographiques ont ceci de particulier qu'ils se développent sur de longues périodes et font sentir leur influence à long terme, mais leurs effets n'en seront pas moins réels au cours des prochaines décennies. Aussi importe-t-il d'en cerner les dimensions les plus significatives.

2.1 La baisse de la natalité

La tendance à la baisse de la natalité n'est pas nouvelle[1]. C'est un des phénomènes persistants des trente dernières années. Il y a eu cependant une accélération importante du phénomène au cours des années 60. L'indice de fécondité est ainsi passé de 3,84 en 1951 à 3,77 en 1961, à 1,98 en 1971, à 1,62 en 1981, pour finalement atteindre 1,44 en 1984. Le Québec rejoint par là d'autres sociétés occidentales, comme l'Allemagne de l'Ouest et la Suisse. Il est peu probable que cette tendance change de façon importante dans un avenir rapproché. Dans la mesure où il faut maintenir un taux moyen de fécondité de 2,1 enfants par femme pour assurer le remplacement des générations, cela signifie qu'à long terme, la population québécoise pourrait décroître.

2.2 Le vieillissement de la population

Le nombre de personnes âgées au Québec est appelé à croître rapidement au cours des prochaines décennies, principalement à cause de l'amélioration de l'espérance de vie. En 1951, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 5,7 % de la population québécoise ; en 1981, cette proportion avait grimpé à 8,7 % et il est prévu qu'elle pourrait atteindre entre 16,9 % et 26,0 % en 2051[2].

Ce vieillissement n'est pas nécessairement catastrophique ni exceptionnel. Mis à part Terre-Neuve et l'Alberta, le Québec est la province au Canada et le territoire en Amérique du Nord où la proportion de personnes âgées est actuellement la plus faible. Dans quelques pays européens, cette proportion atteint presque le double de la nôtre, comme en France avec 13,9 % ou en Suède avec 16,4 %.

De plus, le vieillissement n'est pas qu'une question démographique. Son impact est fonction de nombreux facteurs dont l'état de santé individuel des personnes, leurs niveaux socio-économiques et la manière dont les services sont offerts. À cet égard, une approche qui tiendrait compte de l'autonomie réelle d'un grand nombre de personnes âgées amènerait à concevoir des services

différents et mieux adaptés à leurs besoins. Il est important de souligner qu'une grande proportion de ces personnes ont un profil d'utilisation des services sociaux et de santé semblable à celui de la population adulte.

2.3 La maturation démographique de la population

La conjonction de la baisse de la fécondité, des effets actuels de la forte natalité d'après-guerre et du vieillissement de la population entraînera un processus de maturation démographique de la société québécoise[3]. En 1961, les personnes âgées de 15 à 64 ans représentaient 58,8 % de la population totale ; à quelques variations près, cette proportion était stable depuis le début du siècle. En 1981, elle avait grimpé à 69,5 %, niveau auquel elle devrait se maintenir jusqu'au début du prochain siècle. Il faut noter aussi un changement dans la composition des personnes dites dépendantes : la forte proportion d'enfants laisse progressivement la place à une proportion croissante de personnes âgées.

Au cours des prochaines décennies, la société québécoise devra donc se conformer aux besoins engendrés par la présence d'une forte population adulte, particulièrement en ce qui concerne le désir d'accès à un emploi, puisque le travail demeure le moyen le plus important d'insertion sociale et de protection de l'autonomie des individus.

2.4 Les écarts croissants entre les régions et les localités

La dynamique démographique a un impact important sur la répartition territoriale des problèmes sociaux et des problèmes de santé. Des différences notables existent entre quartiers pauvres et quartiers riches d'une même ville, entre capitales régionales et villes satellites, entre milieu rural et milieu urbain. Ainsi, Montréal compte 27 % de la population du Québec mais 35 % des personnes de 65 ans et plus. On compte déjà 13 municipalités de plus de 10 000 habitants où la proportion de personnes âgées est supérieure à 13 %, soit le niveau que l'ensemble du Québec atteindra au début du prochain siècle. À l'inverse, on dénombre 18 municipalités de même importance où la proportion est inférieure à 4 %.

Les besoins des populations qui vivent sur des territoires en voie d'appauvrissement démographique, social et économique doivent être soulignés de façon particulière. Il s'agit là de phénomènes étroitement liés, comme cela a été mis en lumière dans des travaux récents du Conseil des affaires sociales et de la famille[4]. Le manque d'emplois locaux entraîne d'abord le départ des jeunes adultes vers les centres régionaux ou les centres métropolitains, ce qui réduit déjà le potentiel de renouvellement de ces communautés. Le phénomène s'accélère lorsque les familles avec enfants émigrent elles aussi à cause d'une pénurie d'emplois. Il s'ensuit alors un vieillissement accéléré de la population et un appauvrissement du tissu socio-communautaire, c'est-à-dire des ressources informelles et communautaires sur lesquelles les personnes dans le besoin pourraient autrement compter. En même temps, des problèmes multiples se superposent : maladies, mortalité plus élevée, délinquance, alcoolisme, insalubrité des logements, échecs et abandons scolaires. Ce qu'il faut retenir pour le futur, c'est que ce processus d'appauvrissement démographique risque de prendre de l'ampleur.

2.5 L'immigration et la diversification ethnique de la population

La société québécoise est une société ouverte : chaque année, plusieurs milliers de résidents émigrent, tandis que plusieurs autres milliers de personnes immigrent. Bien que toujours importante, l'arrivée d'immigrants au Québec a connu une baisse importante au cours des dernières années, baisse principalement occasionnée par les effets de la récession économique de 1982 et par certaines restrictions apportées à la loi sur l'immigration. Alors que 33 458 immigrants arrivaient au Québec en 1974, ils n'étaient plus que 14 641 en 1984[5]. On estime cependant que leur nombre est en progression et se situerait entre 18 000 et 22 000 en 1987. On constate de plus que les pays d'origine de ces personnes sont beaucoup plus diversifiés qu'auparavant.

En contrepartie, le nombre des personnes revendiquant le statut de réfugié a augmenté de façon phénoménale au Canada depuis cinq ans. Jusqu'en 1982, 400 à 500 personnes par année revendiquaient le statut de réfugié ; en 1983, elles étaient 1 500 et en 1986, 13 041. Le Québec, quant à lui, accueille une bonne part de ces réfugiés. Au début des années 80, ceux-ci venaient surtout du Sud-Est asiatique : Vietnam, Kamputchea, Laos ; aujourd'hui, ils sont surtout originaires de pays d'Amérique du Sud, d'Haïti, du Sri Lanka, de Turquie et du Liban.

Dans leur ensemble, les communautés ethniques au Québec comptent présentement 750 000 personnes, soit plus de 10 % de la population totale, ce qui n'est pas sans poser à la société en général des problèmes d'adaptation, d'ouverture, d'intégration et de respect de la différence.

III — Des changements socio-économiques

En étroite interaction avec ces phénomènes démographiques, un certain nombre de facteurs socio-économiques ont commencé et continueront à faire sentir leur influence sur l'évolution de la société québécoise.

3.1 Le ralentissement du développement économique

Les économies occidentales ont connu une période de croissance rapide ininterrompue durant les trois décennies d'après-guerre[6]. Le Québec a largement bénéficié de cette période de croissance économique. Ainsi, de 1945 à 1975, son rythme de croissance économique a été de 4,8 % par an. Si la première crise du pétrole en 1973 n'a pas réussi à ébranler l'optimisme des plus sceptiques, la seconde crise de 1979 et la dure récession de 1982 ont amené une révision des prévisions. La plupart des analystes sont maintenant d'avis que les sociétés occidentales entrent progressivement dans une période d'adaptation technologique au cours de laquelle le rythme de croissance de l'économie sera plus lent. Ce ralentissement s'est déjà d'ailleurs manifesté dans les pays membres de l'OCDE. Leur taux de croissance était entre 1960 et 1968 de 5,1 % par an ; entre 1968 et 1973, soit jusqu'à la première crise pétrolière, de 4,8 % ; entre 1973 et 1979, de 2,7 % ; entre 1979 et 1982, de 0,9 %. La décélération a été rapide et les difficultés d'adaptation de la société, majeures. Au Québec, la dernière récession a entraîné des compressions successives des dépenses publiques, une croissance plus rapide du taux de chômage et des pressions plus fortes en faveur de la réduction du fardeau fiscal.

Certaines prévisions même relativement optimistes estiment qu'à long terme, le taux de croissance des économies canadienne et québécoise restera modéré, n'excédant pas 3 % par an en moyenne d'ici la fin du siècle[7]. Le rythme de création d'emplois risque cependant d'être encore plus lent à la suite des hausses prévisibles de productivité qui viendront de l'introduction des nouvelles technologies et de l'informatisation.

3.2 La transformation du marché du travail

Le marché du travail au Québec est en voie de se transformer rapidement. La récession de 1982 a entraîné de nombreuses fermetures et relocalisations d'entreprises. Cette année-là, 45 % des faillites commerciales canadiennes ont été enregistrées au Québec. Certains secteurs, comme les pâtes et papiers ou le textile, ont dû se prêter à des cures de modernisation et de rajeunissement.

Cette conjoncture défavorable a avivé les préoccupations des milieux d'affaires en ce qui a trait à la compétitivité et à la productivité. Elle a aussi stimulé « l'entrepreneurship » québécois, si bien que les petites et moyennes entreprises ont fait la preuve de leur importance stratégique croissante. Ce sont elles qui se sont le plus développées au chapitre de la valeur de production. De plus, à valeur de production égale, elles ont été génératrices d'un plus grand nombre d'emplois.

Autre phénomène structurel important : la tertiarisation de l'économie. En 1981, 70 % de la population active était engagée dans le secteur tertiaire contre 63 %, 10 ans auparavant. La tertiarisation de l'économie continue de s'accentuer[8] ; elle serait le facteur qui a le plus influencé les transformations que connaît la structure du travail et la physionomie de l'emploi. Certains parlent même de « crise du travail » en faisant référence aux modifications observées sur le plan de l'organisation du travail, des statuts de travail et même de l'éthique du travail[9].

Ainsi, l'importance croissante du travail occasionnel, du travail à temps partiel et du travail non déclaré, dit « clandestin », est un indice de la nouvelle précarité des emplois. De 1980 à 1984, les emplois à temps partiel ont augmenté de 31 %. En 1984, seulement un peu plus de la moitié des travailleurs salariés occupaient des emplois réguliers à plein temps[10]. De plus, les changements technologiques posent avec acuité la question de la qualification de la main-d'œuvre. La technologie suscite également des débats animés quant à son influence sur le niveau de l'emploi.

Le phénomène de maturation démographique, le ralentissement économique et les transformations du marché du travail entraînent, pour certains groupes sociaux comme les femmes, les jeunes et les travailleurs âgés, des problèmes importants d'insertion ou de réinsertion sur le marché du travail. Ces phénomènes se répercutent de façon inégale dans les diverses régions du Québec. Des régions comme le Bas-Saint-Laurent — Gaspésie, le Saguenay — Lac-Saint-Jean et l'Abitibi — Témiscamingue, ainsi que les régions dont la structure industrielle est plus traditionnelle comme l'Estrie et la Mauricie — Bois-Francs, ont été nettement plus touchées par les effets de la crise économique.

3.3 L'inadaptation des programmes de sécurité du revenu

L'accès à un emploi suffisamment stable et rémunéré constitue la base d'une véritable politique de sécurité du revenu. Mais cette règle comporte en fait des exceptions, ce qui oblige les gouvernements à intervenir. Cette intervention gouvernementale a atteint une ampleur non négligeable. En 1984-1985, la population québécoise a reçu près de 12 milliards de dollars de la part des deux paliers de gouvernement et cela, à travers une vingtaine de programmes différents. À titre de comparaison, ces prestations étaient légèrement inférieures à 7 milliards en 1980-1981[11].

Les travaux menant au *Livre blanc sur la fiscalité des particuliers* et ceux, plus récents, de la Commission Macdonald posent la question de la trop lente adaptation de ces programmes aux changements des clientèles. En premier lieu, on constate que le succès est mitigé sur le plan de la lutte contre les inégalités sociales. Malgré l'importance des moyens déployés, le sort des plus pauvres ne s'est que très peu amélioré[12]. Les programmes ont tout au plus empêché une plus grande détérioration de leur situation. De plus, la clientèle de plusieurs de ces programmes s'est profondément modifiée dans le temps sans que la philosophie de ces programmes n'ait changé.

IV — Des mouvements et des dynamiques sociales

De toute évidence, le Québec a été le théâtre, depuis une vingtaine d'années, de profonds changements sociaux. En cette matière comme dans d'autres, nous sommes tributaires de courants de pensée et de mouvements qui dépassent largement nos frontières. Ceci dit, la société québécoise a vécu et continue de vivre ces transformations avec tout son « bagage » historique et culturel, ce qui fonde l'originalité de son expérience. Cette quête de nouveaux rapports sociaux et de nouvelles valeurs n'aurait pu se concrétiser sans les transformations majeures qu'a subies l'économie. En retour, les mouvements sociaux sont des forces agissantes qui poussent l'État, les milieux de travail et l'école à s'adapter à de nouvelles réalités. Les paragraphes qui suivent ne prétendent pas rendre compte de tous les phénomènes marquants des dernières années; ils n'en sont qu'une illustration.

4.1 Le mouvement des femmes vers l'égalité

Lorsqu'on examine la situation des femmes au Québec, on peut être amené à des constats qui semblent contradictoires. D'une part, on est en droit d'affirmer que la condition des femmes a beaucoup changé. Longtemps confinées à l'univers domestique et aux réseaux de parenté et de voisinage, soumises à l'autorité du mari et ayant soin d'une famille nombreuse, les femmes ont maintenant un ou deux enfants en moyenne, elles se retrouvent souvent chef de famille, elles ont acquis de nouveaux droits civils et elles sont de plus en plus nombreuses sur le marché du travail. Alors qu'en 1970, 33,9 % des femmes de 25 à 44 ans avaient un travail rémunéré, le pourcentage grimpe à 61,2 % en 1983 (par rapport à 92,4 % pour les hommes). Au total, 74,1 % de la hausse nette de la population active observée entre 1975 et 1984 est attribuable aux femmes[13]. Il apparaît même que cette présence accrue des femmes sur le marché du travail constitue le phénomène marquant des dix dernières années.

Force est cependant de constater qu'en dépit de certaines améliorations au chapitre par exemple de l'accès à certaines professions et des droits civils, l'inégalité des chances entre les sexes persiste. C'est ce que le *Sommet sur la situation économique des Québécoises* (mai 1985) a démontré, tout comme le bilan, effectué par le Conseil du statut de la femme, de cinq ans d'application de la politique *Égalité et Indépendance* adoptée en 1979[14].

Sur le plan du travail, par exemple, les principales caractéristiques de l'emploi féminin demeurent : une structure professionnelle peu diversifiée, une quasi-absence des postes de direction, une occupation majoritaire des postes à temps partiel, un taux de chômage généralement supérieur à celui des hommes, une persistance des écarts de rémunération entre hommes et femmes.

Ces inégalités reposent sur des assises profondément ancrées dans la société, assises qui sont pourtant identifiées depuis bon nombre d'années : dépendance économique des femmes, discrimination systémique[15], maintien des rôles et des stéréotypes sexuels, responsabilité première des activités domestiques et du soin des enfants. La dépendance des femmes est, par exemple, la principale cause de leur grande vulnérabilité sur le plan financier. Elle est à l'origine, selon plusieurs études[16], du cercle vicieux de la pauvreté, de la violence conjugale, de l'isolement social, et en bout de piste, de la surconsommation des services de santé par les femmes.

Plusieurs stratégies sont mises de l'avant dans cette quête d'égalité et d'autonomie. Certains éléments apparaissent comme des prérequis à l'égalité : l'accès à la formation dans des secteurs non traditionnels, la reconnaissance des acquis d'expérience ou de connaissance autres que ceux traditionnellement reconnus par les milieux d'enseignement et les milieux de travail, l'établissement de services collectifs tels que des garderies, des programmes d'accès à l'égalité en emploi, des conditions de travail reconnaissant les responsabilités parentales, un partage des tâches domestiques et un soutien aux familles, une lutte contre les stéréotypes sexistes (manuels scolaires, publicité, etc.), la lutte contre la pauvreté, la présence accrue des femmes dans les instances politiques.

Le mouvement des femmes vers l'égalité a été à l'origine de multiples remises en cause dans tous les champs de l'activité sociale. Loin de se cantonner dans la contestation, il a fait preuve d'une remarquable vitalité et d'une grande créativité comme le démontrent la multiplicité des groupes et organismes qu'il a engendrée et la diversité des ressources et des services que les femmes ont mis sur pied. Dans le monde de la santé, en particulier, le mouvement des femmes a produit sa propre analyse des pratiques médicales et des problématiques de la santé, ce qui a amené une compréhension et un éclairage nouveaux des problèmes des femmes de même que le développement de nouvelles formes d'interventions et de pratiques.

4.2 La transformation de la famille

La famille a été le lieu de transformations majeures dans les dernières années. On y a connu des changements radicaux, aussi marquants et brusques que bouleversants pour les personnes et les familles ayant à les vivre. On voit émerger maintenant une nouvelle définition de la famille qui reconnaît une pluralité de modèles et dissocie la notion de famille de celle de mariage. Certains font même état d'une « révolution culturelle » au sein de la famille[17]. Quelques données nous permettent de mesurer l'ampleur de ce phénomène.

Le modèle de la famille qui restait « une » tout au long de la vie des conjoints mariés n'est plus le modèle unique ni même le modèle dominant au Québec. Alors que dans la famille traditionnelle, les rôles des uns et des autres étaient définis avec une certaine rigidité, les familles contemporaines évoluent à travers une multiplicité de modèles. Ses membres sont soumis à toutes les influences

(école, télévision, mouvements sociaux) et sont placés devant toute une série de choix de vie : choix entre le mariage et le célibat, choix entre différents types d'union, choix de la maternité, du nombre d'enfants, choix pour la mère d'avoir ou non un travail rémunéré. Cette nouvelle liberté de choix a été et est toujours source d'insécurité, de tensions et de conflits.

Les ménages qui se séparent ou divorcent sont de plus en plus nombreux. En 1969, on comptait approximativement 1 divorce pour 11 mariages conclus au cours de l'année. En 1982, cette proportion était passée à 1 divorce pour 2 mariages. Depuis 1968, on estime qu'un million de personnes au Québec ont été directement touchées par une séparation ou par un divorce.

Une proportion croissante des adultes choisit maintenant le célibat, même si plusieurs vivent en union de fait (20 % du total des unions au Québec). En 1984, 50 % des hommes et 48 % des femmes adultes du Québec se déclaraient célibataires. En 1961, ces proportions étaient de 7 % et de 13 %[18]. Il en résulte deux phénomènes nouveaux du fait de leur ampleur : celui des familles monoparentales (un enfant sur cinq vit dans une famille monoparentale) et celui des familles reconstituées.

Plusieurs facteurs sociaux ont influencé ce mouvement. L'industrialisation et l'urbanisation sont, par exemple, les causes majeures de la réduction de la taille des familles et de l'éclatement des familles « élargies » (présence des grands-parents). La contraception a permis aux femmes de contrôler les naissances. L'entrée massive des femmes sur le marché du travail et leur plus grande scolarisation ont accru leur autonomie. La diminution de l'influence de l'Église et des valeurs religieuses est allée de pair avec la montée de nouveaux courants centrés sur l'accomplissement de l'individu, la quête d'autonomie, la libération sexuelle.

Il apparaît toutefois qu'un des facteurs déterminants des changements subis par la famille est la remise en question des rôles sociaux et familiaux des hommes et des femmes. Principalement provoquée et portée par les femmes, cette remise en question a pour objectif l'établissement d'une nouvelle solidarité entre hommes et femmes, d'un « nouvel ordre familial » qui lui-même ne peut se concrétiser sans que des transformations majeures se produisent dans le monde du travail et dans l'organisation sociale en général. Pour plusieurs, ce sont là les conditions mêmes de l'avenir des familles.

Ces bouleversements dans la famille ont apporté, dit-on, du mieux et du pire. Il y a bien sûr crise, insécurité, essoufflement, mais aussi quête, créativité et renouvellement. Il ne faut pas non plus masquer le fait que les coûts sociaux et humains de ces bouleversements sont énormes, tel l'impact sur les rapports parents-enfants et le phénomène de la violence. Les « nouvelles familles » ont perdu beaucoup de leur stabilité traditionnelle, ce qui met davantage en relief l'importance de l'ouverture sociale des familles, de l'entraide et du soutien collectif.

4.3 La « jeunesse » : une nouvelle catégorie sociale

Il y a 10 ou 15 ans seulement, il était entendu que, pour la plupart, les adolescents accédaient rapidement et sans encombre à l'âge adulte vers l'âge de 18 ans. Dans les années 60, l'adolescence apparaissait presque comme un

nouvel âge de la vie qui se manifestait avec tout son cortège de crises. Si on remonte plus loin dans le temps, on réalise aisément que « l'adolescence » semblait le refuge doré d'une minorité de jeunes plus scolarisés et favorisés, alors que jeunes ouvriers, cultivateurs et bûcherons assumaient très tôt des responsabilités d'adultes.

Si on définit l'accession à l'âge adulte par l'entrée « dans le monde du travail », avec les obligations, privilèges et devoirs qui en découlent, entre autres l'autonomie financière, le mariage et la création d'une nouvelle famille, on est bien forcé de constater qu'entre l'adolescence et l'âge adulte, s'est glissé maintenant un nouvel âge, appelé par certains post-adolescence et par d'autres « jeunesse ». Cet âge de la jeunesse est caractérisé par des itinéraires de passage de l'école au monde du travail, de la maison familiale à son propre foyer, itinéraires longs pour la plupart, harmonieux pour certains, mais accidentés et douloureux pour un grand nombre. L'émergence récente de cette nouvelle phase de vie met en lumière deux phénomènes particuliers : le déplacement des « bornes » de la jeunesse et la marginalisation d'un nombre important de jeunes.

La limite d'âge des « jeunes » semble constamment reculer (pensons aux règlements de l'aide sociale qui classent les moins de 30 ans dans la catégorie des jeunes). Il est évident que la jeunesse « continue de vieillir » mais son insertion dans la vie adulte se fait de plus en plus tardivement. Des études[19] révèlent cependant que l'insertion des jeunes femmes dans la vie adulte se produit plus tôt que celle des jeunes hommes.

Les jeunes vivraient simultanément divers types de crises. D'abord une crise « scolaire », car l'extension de la scolarisation ne remédie pas forcément à l'inadéquation entre la formation et les exigences du marché du travail. L'abandon scolaire demeure élevé même si de récentes mesures en ont favorisé la régression : actuellement, à peu près 30 % des jeunes quittent l'école secondaire sans diplôme.

Crise aussi d'intégration au marché du travail. La jeunesse actuelle a été particulièrement touchée par les effets de la crise économique. Le chômage des jeunes est, au dire même de l'OCDE, un phénomène alarmant dans la plupart des pays industrialisés. Au Québec en 1984, les 15-24 ans enregistraient un taux de chômage de 19,6 %, et les 15-29 ans, de 17,9 %. Le taux de chômage décroît avec l'âge et il varie grandement d'une région à l'autre : 30,8 % pour les 15-29 ans au Bas St-Laurent — Gaspésie contre 14,4 % dans la région de Québec[20].

Les jeunes de moins de 30 ans constituent le groupe qui a le plus augmenté au sein de la clientèle de l'aide sociale. En mars 1985, 176 612 jeunes de moins de 30 ans se retrouvaient bénéficiaires de l'aide sociale, 78 % d'entre eux étant considérés comme aptes au travail[21]. À la même époque, les chiffres nous permettent d'estimer que près de 30 % de la jeunesse n'était ni aux études ni au travail. On retrouve 130 000 jeunes bénéficiaires d'aide sociale aptes au travail, 152 000 bénéficiaires du régime d'assurance-chômage et quelque 170 000 autres qui ne sont ni étudiants, ni travailleurs, ni bénéficiaires d'un programme de sécurité du revenu. L'itinérance, manifestation extrême de ce « décrochage », toucherait de plus en plus de jeunes.

Ceux et celles qui ont accès à un emploi rémunéré doivent souvent subir les conditions de travail précaires propres à certains secteurs d'emploi (bas revenus, emplois temporaires et à temps partiel). Leur cheminement dans le monde du travail est souvent fait de recommencements.

Dans ce contexte, et particulièrement en l'absence de revenus stables, les jeunes sont aussi confrontés à la crise de la famille traditionnelle : les uns retardent l'établissement de leur propre foyer en prolongeant leur séjour dans leur famille d'origine, elle-même soumise à certains bouleversements. Les autres optent pour la vie « hors famille » et tentent de développer de nouveaux styles de vie et de nouveaux réseaux.

En somme, la jeunesse est, pour plusieurs, de moins en moins le temps de l'insouciance et de plus en plus le temps de la précarité. Cette situation n'est pas toujours et forcément dramatique. Elle a également suscité des initiatives et des stratégies nouvelles : courants culturels, nouveaux métiers, nouveaux modes de vie.

4.4 L'éclatement des réseaux traditionnels et l'émergence de nouvelles solidarités

L'évolution de la société québécoise a eu pour effet d'ébranler les structures traditionnelles et de disjoindre les réseaux d'entraide bâtis autour de la famille et de la parenté, du voisinage (quartier ou village) et des institutions religieuses. Ces dernières orchestraient, avant les années 60, tout un éventail d'organismes bénévoles et d'œuvres de charité qui apportaient soutien matériel et réconfort moral aux gens « dans le besoin ». La philosophie d'entraide et la conduite des individus étaient alors définies par les valeurs religieuses.

La « Révolution tranquille » a ouvert la porte à de nouvelles formes d'organisations populaires qui s'affranchissaient progressivement de la tutelle de l'Église et proclamaient leur intention de participer au développement social du Québec. Parallèlement, l'État québécois prenait en main des pans de plus en plus larges de l'activité sociale : des ministères et des structures publiques de toutes sortes se créent, des commissions d'enquête élaborent de vastes réformes... Au cours des années 1970 et plus particulièrement dans le sillon de la réforme des Affaires sociales, l'État tend à intégrer les organismes communautaires à ses structures ou à soumettre leur développement à ses propres orientations (comme ce fut le cas des cliniques populaires médicales et des cliniques juridiques).

D'autres organismes communautaires continuaient cependant, avec les faibles mais réels moyens disponibles, à prendre une certaine expansion et à se renouveler de façon à mieux s'adapter aux nouvelles conditions de modernité de la société québécoise.

À partir de la fin des années 70, l'État redécouvre l'importance des organismes communautaires et l'importance aussi de les soutenir financièrement. Ainsi, du début des années 70 jusqu'en 1977-1978, le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux affecté au soutien des organismes communautaires n'a pas excédé annuellement 1,5 million $, distribué à une cinquantaine d'organismes. En 1986-1987, ce budget s'élevait à 26 millions et était distribué à plus de 1000 organismes[22]. Les demandes étaient cependant plus nombreuses : 2000 organismes avaient demandé plus de 66 millions.

Tout indique qu'à la faveur de l'évolution des dernières années, de nouveaux types de solidarités, fondés non plus sur des réseaux traditionnels mais sur des choix culturels, des styles de vie ou des problèmes communs tendent à se substituer aux anciens modèles. Cette mobilisation des individus et des collectivités autour de nouvelles formes d'entraide et de services revêt une ampleur réelle et prend un sens particulier. Bien que le mouvement soit dans une certaine mesure instable, qu'il soit éclaté dans ses manifestations, diversifié dans ses champs d'intervention et qu'il ne se laisse pas facilement appréhender dans sa totalité, il témoigne sans contredit de la volonté d'expression et d'action autonome de la communauté. Il témoigne également d'un effort de ré-appropriation par les collectivités des savoir-faire naturels et s'inscrit dans la perspective de la reconstruction d'un milieu communautaire et d'un développement social collectif.

Le dynamisme de ce mouvement pose la question de la reconnaissance de l'existence et du rôle spécifique des organismes communautaires, de leur autonomie par rapport au réseau des services publics, de même que de leur contribution à l'amélioration de la qualité du tissu social des communautés.

V — Conclusion

Cette évocation rapide des transformations sociales, économiques et culturelles des quinze à vingt dernières années au Québec est forcément schématique et incomplète. À titre d'exemple, nous aurions pu également traiter de la nouvelle réalité de la vieillesse (durée, conditions de vie), de l'impact du mouvement écologique, de la libéralisation de la sexualité, du récent engouement des Québécois pour les affaires et la finance, de tout un ensemble de nouvelles valeurs qui trouvent souvent leur accomplissement dans l'élaboration de droits tels les droits et libertés de la personne, les droits des étudiants, les droits des malades et les droits des personnes handicapées. Là n'était pas notre propos. Cet exposé des changements survenus au Québec visait à donner un aperçu de la toile de fond, donc du contexte dans lequel la Commission doit concevoir la révision du système de services de santé et de services sociaux.

Références

1 Voir Bureau de la Statistique du Québec, *Démographie québécoise : passé, présent, perspectives*, Québec, 1983, et Secrétariat au développement social, *L'évolution de la population du Québec et ses conséquences*, février 1984.

2 Secrétariat au développement social, *L'évolution de la population du Québec et ses conséquences*, février 1984.

3 P. LAMONDE et J.P. BÉLANGER, *L'utopie du plein emploi*, Montréal, Boréal-Express, 1986.

4 Conseil des affaires sociales et de la famille, *Mémoire à la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités*, 1986 et R. PAMPALON, *Géographie de la santé*, MSSS, 1985.

5 Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, *Immigration au Québec*, Bulletin statistique annuel, 1984, tableau 2.

6 Jean FOURASTIÉ, *Les trente glorieuses ou la révolution invisible de 1945 à 1976*, Paris, Fayard, 1979.

7 Par exemple, la firme Informetrica prévoit un taux de croissance moyen de 2,6 % au Canada de 1983 à 2001 dans son scénario de référence principal.

S'il y a effectivement accroissement de la productivité, comme prévu, l'emploi pourrait n'augmenter que de 1,3 % par an au cours de cette période, comparativement à 2,3 % pour la période de 1971-1981.
Données de Informetrica, *The Canadian Economy to 2005: Assumptions and Summary*, avril 1984, adaptées pour le Québec par P. LAMONDE et J.P. BÉLANGER, *op.cit.*

8 D.A. LINTEAU *et al.*, *Histoire du Québec contemporain : le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal-Express, 1986.

9 Rapport de recherche remis à la Commission par Monique PRÉVOST ; ce rapport sera publié au terme des travaux de la Commission.

10 Commission consultative sur le travail, *Le travail: une responsabilité collective*, Rapport de la Commission consultative sur le travail, 1985, p. 15.

11 Ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du Revenu, *Guide descriptif des programmes de sécurité du revenu*, Éditeur officiel du Québec, 1986, 144 p.

12 La part du revenu total détenue par les 20 % les plus pauvres est passée de 3,4 % en 1967, à 3,7 % en 1979.

13 Ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, *Le marché du travail au Québec : situation et problèmes actuels*, Direction de la recherche, janvier 1986, p. 143 et Commission consultative sur le travail, *op. cit.*, p. 13.

14 Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises: Égalité et indépendance...5 ans après*, document de travail, CSF, septembre 1984, 479 p.

15 Par discrimination systémique on entend toute discrimination qui découle de systèmes conçus pour un milieu homogène, habituellement une population mâle, de race blanche et dite apte au travail.

16 Dossier sur les femmes, la violence et la pauvreté, préparé par la Commission; ce dossier sera rendu disponible prochainement. Voir aussi M. DE KONINCK *et al.*, *Essai sur la santé des femmes*, CSF, 1983, 194 p.

17 Comité de la consultation sur la politique familiale, *Rapport du comité de la consultation sur la politique familiale*, première partie, Éditeur officiel du Québec, avril 1986, p. 40.

18 *Ibid.*

19 Monique PRÉVOST, *op.cit.*, p. 61.

20 *Ibid.*, p. 30.

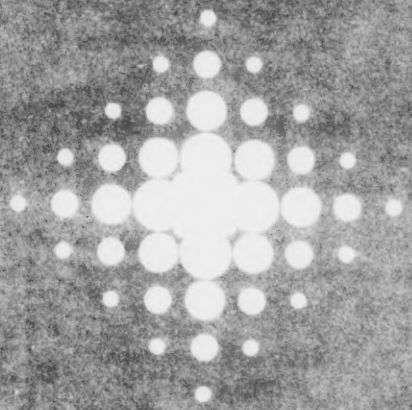
21 *Ibid.*, p. 40.

22 Cela ne tient pas compte des budgets de certains ministères et organismes, comme le MEQ, le MLCP, l'Office des services de garde, rendus disponibles aux organismes communautaires pour des fins spécifiques.

Les Publications du Québec

Les services de santé et les services sociaux

LES FINALITÉS ET LES OBJECTIFS: UN ESSAI DE DÉFINITION



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

Table des matières

I Introduction 5

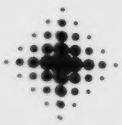
II Comment redéfinir les finalités et les objectifs 7

III Les conditions préalables 11
3.1 L'harmonie sociale 11
3.2 Le développement social 12

IV Les finalités 13
4.1 La promotion de la santé et du bien-être 13
4.2 L'équité dans les domaines de la santé et du bien-être 14
4.3 Le respect des droits et de la dignité des personnes 14

V Des objectifs généraux 17
5.1 Accessibilité universelle aux services 17
5.2 Une gamme complète de services 18
5.3 Adaptabilité 19
5.4 Continuité des services 19
5.5 Accès à l'information 19
5.6 Participation 20

VI Conclusion 20



I — Introduction

La première partie du mandat donné à la Commission met clairement en relation les problèmes que connaît le système et ses objectifs : « Évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux **en regard de ses objectifs** ». Cet aspect du mandat conduit tout naturellement à un réexamen des objectifs : lesquels faut-il conserver ou modifier ? De nouveaux objectifs s'imposent-ils, compte tenu de l'évolution du contexte et des changements de valeur ?

Dans le présent document, la Commission cherche davantage à se positionner par rapport aux acquis du système : les objectifs initiaux, tels qu'ils se sont opérationnalisés au cours des dernières années, doivent-ils être maintenus et nécessitent-ils certains réenlignements ?

II — Comment redéfinir les finalités et les objectifs

Nous avons puisé à deux sources pour élaborer cette proposition de mise à jour des objectifs du système : d'une part, certains rapports de commissions d'enquête, livres verts, documents de consultation ou énoncés de politique, publiés au Québec ou ailleurs et d'autre part, les représentations faites lors de la consultation générale du printemps 1986, qui nous ont permis de dégager certaines convergences.

Au point de départ, il faut rappeler la formulation des objectifs proposés par la Commission Castonguay-Nepveu et par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1971).

Du côté de la santé, le rapport de la Commission spécifiait deux objectifs généraux : « Améliorer l'état de santé de la population par une médecine globale et axée sur la personne ; améliorer l'état du milieu dans lequel vit la population ». Quatre objectifs particuliers s'y greffaient : « Établir un régime de la santé : d'accès universel ; acceptable à la population ; qui permette la distribution de soins de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain et social ; efficace, c'est-à-dire fondé sur le recours aux méthodes reconnues d'organisation et de distribution des soins. »[1]

La Loi de 1971, quant à elle, définit les objectifs du système, tant du côté santé que du côté social :

«a) améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles t des groupes ;

b) rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;

c) encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement ;

d) mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible ;

e) favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;
f) promouvoir la recherche et l'enseignement. »[2]

Depuis le milieu des années 1970, au Québec et ailleurs, on assiste à une remise en question portant sur des aspects fondamentaux des systèmes de santé et de services sociaux et à une prise de conscience de phénomènes qui l'interpellent. Par exemple, on s'interroge quant à l'aptitude des systèmes à atteindre les objectifs fixés; quant à l'émergence des besoins de clientèles particulières; quant au maintien des inégalités sociales malgré le déploiement important des services; quant à certains phénomènes tels que la violence, l'alcoolisme et les toxicomanies. Cette remise en cause s'est traduite dans un certain nombre de textes ou rapports. Sans être exhaustif, nous retenons les faits saillants des textes suivants, présentés dans l'ordre chronologique et indépendamment de leur pays d'origine[3]:

- 1974: le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, Marc Lalonde, rend public un document de travail, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, un des premiers documents à faire ressortir l'importance des habitudes de vie ainsi que de l'environnement pour l'amélioration de l'état de santé d'une population.

- 1975: le rapport *Batshaw* apporte une conclusion aux travaux d'un comité d'étude mis sur pied par le gouvernement du Québec pour analyser le fonctionnement des centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés socio-affectifs. Le rapport observe que les ressources sont trop concentrées dans les établissements et que le réseau n'offre pas d'autre choix que l'hébergement en centre d'accueil. En conséquence, le rapport recommande une diversification des ressources offertes aux jeunes mésadaptés, des plus légères aux plus lourdes, pour tenir compte de la différence des besoins.

- 1978: *Égalité et indépendance*, ce document sur la condition féminine au Québec identifie les principaux secteurs où s'exerce la discrimination à l'égard des femmes (travail, éducation, sécurité du revenu), de même que les lacunes en matière de services, telles que la médicalisation abusive des problèmes des femmes ou le manque de soutien financier pour les services de garde. Le document identifie notamment comme prioritaire le problème de la violence faite aux femmes.

- 1979: le rapport américain *Healthy People*, qui s'inspire du rapport Lalonde, fait ressortir lui aussi l'impact des habitudes de vie et de l'environnement tant physique que socio-économique sur la santé et prône une stratégie axée sur la promotion de la santé et sur la prévention.

- 1980: de Grande-Bretagne, le *Black Report* démasque les inégalités entre les classes sociales face à la maladie et à la mort et en impute la responsabilité non au système de soins, mais à un ensemble de facteurs tels que le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement, l'environnement et les habitudes de vie.

- 1982: de Grande-Bretagne à nouveau, le rapport *Barclay*, paru sous le titre *Social workers, their roles and tasks*, fait le point sur les politiques sociales depuis leur réforme au tournant des années 70. Ce rapport établit notamment une distinction entre trois approches en politique sociale: celle du « filet

de secours » (*safety net*), où la responsabilité d'aide aux individus est considérée comme reposant essentiellement sur les individus, la famille et les collectivités locales (l'État se réservant un rôle supplétif) ; celle de l'État-Providence où l'État a l'obligation d'offrir l'éventail des services (l'individu étant considéré comme un détenteur de droits) ; l'approche communautaire enfin, où l'on postule que les individus ont davantage de potentiel que ne leur en reconnaît la seconde approche. À partir de cette distinction, on suggère que les établissements du réseau institutionnel adoptent certains éléments de l'approche communautaire et qu'on procède à un renouvellement du processus d'aide.

- 1984 : *Le livre vert sur la famille* est le point de départ d'une large consultation ; il identifie différents problèmes auxquels les familles québécoises sont confrontées : violence, insécurité du revenu, pauvreté des loisirs ou manque de soutien pour résoudre les difficultés relationnelles. Deux ans plus tard, le rapport du comité de consultation est rendu public. Il propose certains éléments d'une politique de la famille ; de façon prioritaire, il insiste sur la nécessité d'endiguer le « fléau social de la violence familiale et conjugale, d'adapter le milieu de travail aux besoins des parents, d'assurer en priorité les services de garde ainsi que les services sociaux et sanitaires requis par les familles ».

- 1984 : commandé par le gouvernement fédéral, le *rapport Badgley sur les abus sexuels* a conduit à la réforme du code criminel en matière de délits sexuels et de contrôle de la pornographie.

- 1984 : *À part...égale*, produit par l'Office des personnes handicapées du Québec, constitue l'aboutissement d'une série de démarches en vue d'améliorer le sort des personnes handicapées : 1978, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* ; 1979, mise en place de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ; 1981, Conférence socio-économique sur l'intégration de la personne handicapée. Le document de 1984 contient les engagements pris à cette conférence par les différents intervenants concernés : gouvernements, milieu des affaires, municipalités, réseau des services. Ces engagements s'appuient sur deux grands principes : l'intégration sociale et la normalisation.

- 1984 : le comité d'étude sur la promotion de la santé, du Conseil des affaires sociales et de la famille, publie son rapport *Objectif : santé*. Ce rapport propose une conception écologique de la santé, posant comme déterminants les facteurs biologiques, les facteurs environnementaux et le système de soins. Il énonce cinq objectifs généraux : améliorer l'espérance de vie en bonne santé ; diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des maladies chroniques qui entraînent incapacité et souffrance ; réduire la mortalité prématurée, notamment sous sa forme violente ; diminuer les inégalités sur le plan de la santé ; diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes de santé mentale. À partir de ces prémisses, des objectifs spécifiques sont ensuite proposés.

- 1985 : l'Organisation mondiale de la santé réaffirme, dans *Les buts de la santé pour tous*, le postulat selon lequel l'inégalité sur le plan de la santé peut et doit être réduite et qu'il faut donner à chacun les moyens économiques et sociaux de préserver son potentiel de santé. Les objectifs suivants sont

formulés : assurer l'égalité sur le plan de la santé ; ajouter de la vie aux années ; ajouter de la santé à la vie ; ajouter des années à la vie.

- 1985 : *Un nouvel âge à partager : politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées* : ce document fait l'inventaire des besoins des personnes âgées et propose des orientations d'action : promotion de l'autonomie de la personne, soutien au réseau naturel d'aide, développement des services externes et des ressources résidentielles intermédiaires, promotion de la qualité de vie en hébergement.

- 1986 : Tout récemment au Canada, le ministre fédéral Jack Epp reprend le même thème que l'Organisation mondiale de la santé (1985), dans son document : *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ce texte identifie trois défis majeurs : réduire les inégalités entre les groupes de citoyens ; augmenter les efforts de prévention ; augmenter la capacité des gens à se tirer d'affaire eux-mêmes.

C'est à la lumière de ces différents documents que la Commission a entrepris sa réflexion sur les objectifs du système de santé et de services sociaux.

La consultation générale menée au printemps 1986 permet par ailleurs de dégager les consensus suivants en ce qui concerne les objectifs du système.

- Les objectifs actuels du système des services de santé et des services sociaux sont fondamentalement acceptés par les organismes et personnes consultés, qui souhaitent leur maintien.

- Si les objectifs sont acceptés, les moyens de mise en œuvre sont souvent jugés insuffisants ou inadéquats.

- Certains objectifs doivent être réaffirmés tandis que d'autres émergent à la lumière de l'évolution du système et de la société québécoise au cours des quinze dernières années. Ainsi, il est souhaité que dans les orientations du système, l'accent soit davantage mis sur la promotion de la santé et du développement social, sur la multisectorialité, l'approche globale de la santé, une plus grande intégration du social et du sanitaire, la continuité des soins, une plus grande responsabilisation individuelle, une lutte plus efficace contre les inégalités, la nécessité de mieux couvrir les nouveaux besoins sociaux, le développement du secteur communautaire.

Ainsi, que l'on considère les grandes réflexions menées ici ou ailleurs sur le système, ou bien celles qui se sont exprimées partout au Québec lors de notre consultation au printemps 1986, il appert que l'actualisation des objectifs du système s'impose. Il nous apparaît cependant utile de formuler certaines distinctions : identifier les conditions sociales préalables à l'atteinte des finalités et des objectifs poursuivis ; définir les finalités du système dont le contenu puisse correspondre aux valeurs principales de la société et indiquer clairement ce vers quoi il doit évoluer en matière de santé et de bien-être ; proposer enfin les objectifs qui contribueront à l'ajustement du fonctionnement et du financement du système en fonction des problèmes prioritaires et des résultats à atteindre.

III — Les conditions préalables

En faisant de l'harmonie sociale et du développement social, les deux conditions préalables pour que soient respectées les finalités et que soient atteints les objectifs du système, nous sommes conscients de dépasser les capacités d'intervention du système des services de santé et des services sociaux: ces conditions relèvent plutôt de l'ensemble de la dynamique sociale. Si ces conditions préalables étaient réalisées, une partie des services pourraient devenir moins nécessaires. Par contre, si un minimum de consensus ne peut exister en vue de favoriser la consolidation de ces deux conditions préalables, c'est au contraire l'assignation de finalités et d'objectifs au système qui peut devenir irréaliste. Si les rapports sociaux deviennent gravement conflictuels ou si les inégalités sociales s'accentuent continuellement, le système auquel auront été assignés des finalités et objectifs généreux ne pourra que chercher à parer, dans la mesure du possible, aux problèmes engendrés par le malfonctionnement de la société; dans ce contexte, des finalités telles que la prévention et la promotion de la santé ne pourraient être réalisées.

3.1 L'harmonie sociale

Dans sa définition des conditions préalables à la santé, l'OMS identifie en tout premier lieu la paix, définie non seulement comme l'absence de guerre, mais comme « sentiment positif de bien-être et de sécurité des habitants de tous les pays, impliquant la possibilité de disposer librement de leur propre sort et d'exploiter pleinement leur potentiel humain »[4]. Nous croyons que ce concept peut s'adapter à la situation québécoise en le traduisant par la notion d'harmonie sociale, dont les composantes pourraient être les suivantes:

- un contexte qui permet et favorise le plein épanouissement des personnes, des groupes et des communautés locales;
- une société démocratique qui reconnaît la légitimité des groupes d'intérêts et des rapports de force et qui permet leur expression;
- une gestion des tensions qui s'effectue dans le respect des droits fondamentaux et des valeurs des personnes et des collectivités;
- l'existence de mécanismes structurés et cohérents de résolution des conflits, d'information et de protection, de même que le respect, par les acteurs, des règles du jeu;
- une conception du changement qui permette à la société d'évoluer principalement par la recherche de consensus.

3.2 Le développement social

Par rapport au premier préalable, l'harmonie sociale, le second a statut de moyen : on ne saurait atteindre un état d'harmonie sociale sans l'élaboration et l'actualisation d'une politique de développement social qui n'est pas réductible aux interventions du système.

La définition du développement social énoncée dans le rapport Castonguay-Nepveu vaut encore aujourd'hui : « Une politique de développement social doit assurer une organisation harmonieuse de la société afin que chaque citoyen, quels que soient son état et sa condition, puisse s'épanouir selon ses aspirations propres. Cet épanouissement ou cet état de bien-être demeure toujours l'objectif ultime que la société doit atteindre en modifiant, s'il le faut, ses attitudes et ses habitudes, de façon à mettre à la disposition de tous les citoyens les meilleurs biens et les meilleurs services. »[5]

Le rapport Castonguay-Nepveu identifiait sept secteurs de développement social : le travail, les loisirs, la santé, l'éducation, les services sociaux, le logement, la sécurité du revenu. D'autres secteurs pourraient s'ajouter à ceux-ci : la justice, l'environnement, l'agriculture et l'alimentation, les transports et les communications. Une véritable politique de développement social doit donc permettre que se réalisent, sinon une synthèse, du moins une convergence et une coordination des activités de ces secteurs afin que le système n'ait pas à assumer des responsabilités dépassant son mandat.

IV — Les finalités

4.1 La promotion de la santé et du bien-être

Le système de services de santé et de services sociaux vise essentiellement un résultat : la santé et le bien-être de chaque personne. En ce sens, sa finalité première doit consister à promouvoir la santé et le bien-être.

Plusieurs études et rapports ont toutefois fait ressortir le fait que la santé et le bien-être sont déterminés par de multiples facteurs, dont certains ne sont aucunement sous le contrôle du système de services.

Aussi, il s'impose :

- que l'amélioration de la santé et du bien-être soit reconnue comme une priorité collective de développement social et que les mécanismes requis de coordination entre les instances concernées soient mis en place ;
- que chaque intervenant gouvernemental concerné par l'atteinte d'une telle finalité (ministères, organismes, régies, municipalités) soit fortement incité à identifier son apport à la promotion de la santé et du bien-être et à se donner les moyens pour le concrétiser ;
- enfin, que le système de services lui-même fasse de la promotion de la santé et du bien-être sa finalité première et oriente l'ensemble de ses interventions dans cette direction.

Cette finalité première du système nous apparaît cependant devoir s'accompagner de deux finalités complémentaires : l'équité dans les domaines de la santé et du bien-être et le respect des droits et de la dignité des personnes. Ces finalités trouvent leur source dans les grandes valeurs de notre société. De façon précise, ce sont les diverses évaluations des systèmes de services de santé et de services sociaux effectuées ici ou ailleurs qui, en identifiant les lacunes de ces systèmes, ont permis à ces finalités de s'imposer.

Malgré nos grands investissements en ces domaines, nous sommes encore largement en-deçà de ce que le système pourrait offrir, eu égard à ces finalités. En proposant ces dernières, nous identifions en même temps les défis auxquels celui-ci devra se mesurer.

4.2 L'équité dans les domaines de la santé et du bien-être

Une constante se dégage des rapports que nous avons cités plus haut et qui font chacun une évaluation du système depuis une quinzaine d'années, c'est que des inégalités importantes continuent d'exister dans les domaines de la santé et du bien-être. Qu'il suffise de mentionner les indices suivants:

- dans certains quartiers défavorisés de Montréal, l'espérance de vie à la naissance est de 13 ans inférieure à celle qui prévaut dans les quartiers les plus riches;
- les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans se situent à 1,8 % chez les directeurs et gérants d'entreprise et à 40 % chez les travailleurs des industries primaires;
- quel que soit l'indicateur de mortalité retenu (mortalité infantile, mortalité par accidents, espérance de vie), le Nord et les régions périphériques sont toujours les plus vulnérables et les régions du Sud les plus épargnées;
- on observe, dans certains quartiers ou territoires défavorisés, une plus grande fréquence des mauvais traitements infligés aux enfants, de la négligence, de la délinquance, de la faiblesse des résultats scolaires, de l'itinérance;
- entre francophones, anglophones et allophones du Québec, on enregistre des écarts d'espérance de vie à la naissance allant jusqu'à plus de 7 ans chez les hommes et plus de 4 ans chez les femmes;
- la mortalité générale des Inuits du Nouveau-Québec est deux fois supérieure à celle de l'ensemble des Canadiens;
- enfin, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'accroît depuis plusieurs années.

La Commission est d'avis que la réduction de ces écarts et plus généralement l'atteinte de l'équité dans les domaines de la santé et du bien-être doivent constituer l'une des finalités premières du système et guider l'ensemble de ses interventions. Toutefois, la concrétisation d'une telle finalité requiert le concours non seulement du système des services de santé et des services sociaux mais également, et à un titre souvent tout aussi important, d'autres secteurs de la société tels que ceux du travail, de l'environnement, de l'éducation et de la sécurité du revenu.

4.3 Le respect des droits et de la dignité des personnes

Au cours de la consultation, nous avons entendu de nombreux témoignages soulignant les failles du système en ce qui concerne le respect des droits et de la dignité des personnes. À titre d'exemples, mentionnons: la déshumanisation des soins; certains problèmes vécus par les personnes âgées dans les institutions; le caractère inadéquat des mécanismes de plaintes et de recours; l'imposition de règles uniformes à des populations diverses (autochtones, communautés culturelles).

Dès qu'une personne fait appel au système, celui-ci doit veiller à ce que l'aide apportée à cette personne se fasse dans le plus profond respect de ses droits et de sa dignité; ce comportement s'impose d'autant plus que la personne aux prises avec un problème se trouve dans une situation vulnérable. Cette attitude de respect implique que les droits de la personne soient clairement reconnus et que le système considère la personne dans sa globalité, évitant de la réduire au problème qu'elle présente.

Par ailleurs, nombreux sont ceux qui, dans leurs témoignages, ont valorisé l'autonomie de la personne, la prise en charge personnelle et communautaire et la responsabilisation. La Commission est d'avis qu'il y a lieu de renforcer la responsabilisation des personnes et des communautés en ce qui concerne leur santé et leur bien-être. Située à l'opposé d'un processus de culpabilisation, la responsabilisation souhaitée implique une plus grande reconnaissance du pouvoir de décision des personnes et des communautés.

V — Des objectifs généraux

L'examen des objectifs du système, sous l'angle de la protection des acquis, amène la Commission à retenir six objectifs pour le système : certains issus des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, d'autres s'en inspirant tout en les ajustant, et certains s'imposant comme effets de l'évolution du système et de la société.

5.1 Accessibilité universelle aux services

L'accessibilité universelle au système de services de santé et de services sociaux constitue certes l'un des acquis les plus précieux de la réforme des années 70 et l'objectif le moins controversé. Par ailleurs, malgré les réformes majeures réalisées et malgré les améliorations appréciables apportées à ce chapitre depuis quinze ans, des obstacles à l'accessibilité demeurent et ont fait l'objet de nombreuses représentations au cours de la consultation ; aussi, la Commission désire-t-elle réaffirmer cet objectif de l'accessibilité universelle, en tenant compte de ce qu'il signifie maintenant au Québec et en souhaitant que soient levés les obstacles qui demeurent.

Le concept d'accessibilité universelle s'est imposé graduellement au Canada au cours des années 1960. Ainsi, en 1964, le rapport de la *Commission royale d'enquête sur les services de santé* (rapport *Hall*) a proposé une définition de l'universalité des services de santé : « des services de santé convenables (...) accessibles à tous les Canadiens, où qu'ils habitent et quelle que soit leur situation financière, dans le cadre des limites imposées par les facteurs géographiques »[6]. Le concept intègre donc la notion de services adéquats, accessibles à tous, et implique la levée des barrières financières et géographiques.

Dans son rapport, la Commission Castonguay-Nepveu reconnaissait que « nous sommes encore loin de faciliter l'accès universel aux soins complets. Les soins sont encore déniés à ceux qui habitent des régions mal desservies en installations sanitaires ou en personnel, qui ont des ressources pécuniaires limitées ou qui, tout simplement, ignorent les mesures les plus élémentaires d'hygiène, faute d'éducation sanitaire »[7]. Aux barrières géographiques et financières, s'ajoutent donc les barrières socio-culturelles. Aussi cette Commission a-t-elle défini comme premier objectif particulier d'établir un régime de la santé « d'accès universel ».

Cette notion d'accessibilité universelle est devenue équivalente, au Québec, à celle de gratuité, c'est-à-dire qu'elle implique la distribution de services sans qu'il y ait de déboursés de la part de l'usager au moment de la dispensation, ou sans qu'il y ait vérification de sa capacité de payer. Elle s'est concrétisée principalement de deux manières: d'une part, certains services peuvent être accessibles à toute personne qui décide d'y recourir (par exemple, les services des médecins); d'autre part, certains services peuvent n'être accessibles qu'à une catégorie de la population (par exemple, les services pharmaceutiques pour les personnes âgées de 65 ans et plus).

La Commission est d'avis que l'accessibilité universelle aux services de santé et aux services sociaux doit demeurer l'une des assises principales de notre système: une fois la gamme de services identifiée et les conditions d'accessibilité à ces services précisées, ceux-ci doivent être offerts à tous les citoyens et à toutes les citoyennes de notre société, dans les mêmes conditions et notamment, sans égard à leur capacité de payer.

Selon cette logique, nous tenons à affirmer que les barrières qui font encore obstacle à l'accessibilité doivent être levées:

- les barrières géographiques: c'est sans doute l'aspect qui demeure aujourd'hui le plus problématique et l'inégale distribution territoriale des ressources doit faire l'objet de mesures correctrices efficaces;
- certaines barrières financières: malgré l'accessibilité universelle aux services, des contraintes financières demeurent, tels que les coûts du transport en régions éloignées;
- les barrières physiques, pour certaines clientèles, dans l'accès aux établissements;
- les barrières socio-économiques, culturelles, psychologiques, qui réduisent l'accès à un état stable de santé et de bien-être;
- les barrières d'ordre légal, réglementaire ou organisationnel.

5.2 Une gamme complète de services

Offrir une gamme complète de services est un objectif déjà défini à l'article 3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*: « Rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ».

Qu'entend-on par gamme complète de services? De façon concrète, cette gamme de services s'est définie empiriquement, dans des programmes qui ont évolué dans le temps. La Commission se propose d'identifier certains critères permettant de définir la gamme des services que le système devrait offrir. Notre intention doit être perçue clairement: il ne s'agit pas de porter un jugement d'opportunité sur chacun des services actuellement offerts par le système, ni de décrire de façon exhaustive le contenu d'une gamme de services qui évolue en fonction des besoins, des ressources, du développement des connaissances et de la technologie. Ce dont notre système a besoin, c'est de critères qui permettent une discussion structurée, en fonction de résultats à atteindre, et qui favorisent une adaptation continue aux besoins.

5.3 Adaptabilité

Les défis que pose l'adaptation du système viennent de plusieurs horizons :

- la transformation de la demande : les besoins évoluent, entraînant de nouvelles demandes quant à la nature même des services et quant à leur quantité ;
- les spécificités des clientèles : la consultation a permis de constater combien les diverses clientèles ont des besoins qui leur sont propres et combien, dans le respect de leur dignité, il est important de leur fournir des services qui leur soient adaptés ;
- les différences régionales : à l'évidence, les besoins des régions ne sont pas uniformes et une adaptation appropriée s'impose.

À nos yeux, cette adaptabilité devra pouvoir s'étendre aux structures, aux programmes et services, ainsi qu'aux approches. Cependant, pour éviter que les processus en découlant ne conduisent à des injustices par rapport à l'accès à la santé et au bien-être, il faudra établir des balises dans le fonctionnement, le financement et l'évaluation du système. L'identification d'une gamme de services de base offerte à tous, objectif mentionné précédemment, constitue certes une balise importante ; ceci n'exclut aucunement que les modalités de dispensation des services puissent, elles, varier.

Cette balise pourrait être complétée par l'établissement d'un mode de financement qui tienne compte des besoins et des résultats souhaités et par le développement de mécanismes d'évaluation des résultats atteints, permettant de déceler tout écart important et d'apporter les ajustements requis.

5.4 Continuité des services

La discontinuité des services est un problème qui a été amplement soulevé au cours de la consultation : aussi, nous apparaît-il nécessaire de faire de la continuité des services un objectif du système.

La personne qui recourt aux services offerts par le système devrait pouvoir recevoir une réponse globale et coordonnée. La continuité se rapporte en effet aux relations entre une personne et les divers intervenants qui concourent à la satisfaction de ses besoins. Elle implique la coordination des réponses apportées aux besoins formulés par la personne. La continuité souhaitée peut s'exercer à trois niveaux :

- au niveau des intervenants : ce qui implique des plans de services intégrés ainsi qu'une approche globale et multidisciplinaire ;
- au niveau des services d'un même établissement : on doit penser aux modes d'organisation et de fonctionnement favorisant la continuité du traitement ou de l'intervention ;
- au niveau des relations inter-établissements : ce qui exige une définition précise des missions ainsi que des processus de concertation et de complémentarité.

5.5 Accès à l'information

La responsabilisation individuelle repose sur un postulat : que la personne dispose de l'information requise pour exercer son pouvoir de décision. À notre avis, les domaines suivants devraient être privilégiés :

- information sur les droits : notre Loi identifie déjà certains droits, par exemple, le droit à des services adéquats et le droit de choisir le professionnel de son choix. Le respect des droits suppose tout d'abord que ceux-ci soient clairement énoncés et connus de tous ;
- information sur les dossiers personnels : les personnes doivent pouvoir avoir accès aux dossiers qui les concernent, avec la plus grande facilité possible ;

- information sur l'ensemble des services offerts et sur les modalités d'accès à ces services : les services de santé et les services sociaux offerts au Québec sont multiples, de même que les dispensateurs, comme on a pu l'entrevoir dans le document portant sur la description du système ; une information de base sur ces services s'avère indispensable ;
- information sur les recours possibles : le droit de porter plainte fait partie intégrante de notre organisation sociale ; en matière de santé et de services sociaux, les mécanismes de recours sont multiples et leur utilisation parfois fort complexe ; à cet égard, une simplification et une meilleure information s'imposent ;
- information sur les causes des problèmes sanitaires et sociaux : en plus de posséder des droits, les personnes ont aussi des responsabilités ; il importe de les informer sur les causes de ces problèmes et sur les manières possibles de les régler.

5.6 Participation

La Commission Castonguay-Nepveu concevait la participation comme un moyen de garantir la protection des droits des citoyens : « Une société a plus de chances de servir la justice et d'éviter l'arbitraire si elle invite ses membres à agir et à participer aux décisions »[7]. Aussi, différents mécanismes ont-ils été mis en place afin de permettre aux usagers non seulement d'exprimer leurs attentes et d'acheminer directement leurs demandes au sein du réseau, mais aussi d'influencer les décisions concernant le fonctionnement du système.

Force est de reconnaître aujourd'hui que la participation est loin d'avoir atteint ces objectifs. Plusieurs déplorent la faiblesse des comités de bénéficiaires ou de résidents dans l'organisation de la vie institutionnelle et dans l'évaluation des pratiques professionnelles ; l'exclusion progressive des usagers dans la définition des orientations et dans le contrôle des résultats ; l'emprise technocratique et professionnelle sur l'identification des besoins et des résultats.

La Commission est d'avis que malgré ce constat, le concept de participation demeure toujours valable ; ce que ce constat suggère par ailleurs, c'est qu'il y a nécessité de repenser les modalités d'application de ce concept.

L'une des voies envisageables consisterait à concevoir la participation non plus seulement sous l'angle de l'usager et du producteur, mais aussi sous l'angle plus large du citoyen. Pour permettre une meilleure expression des besoins des collectivités, on pourrait privilégier la participation des citoyens en matière de détermination des priorités et d'allocation de ressources, à l'intérieur de mécanismes de décision ou de consultation, plutôt que la participation minoritaire des usagers.

VI — Conclusion

L'énoncé des finalités et des objectifs contenus dans le présent document indique déjà certaines orientations, certains choix eu égard en particulier à la protection des acquis. Les travaux en cours vont permettre à la Commission de poursuivre sa réflexion sur les finalités et les objectifs et d'évaluer les meilleures façons d'assurer leur mise en œuvre.

Références

1 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *La santé*, vol. IV, tome II, Éditeur officiel du Québec, 1970, p. 22-23.

2 Assemblée nationale du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chap. S-5, 1971.

3 Les textes mentionnés dans cette section sont :

- Marc LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, avril 1974, 82 p.
- Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil, *Rapport du comité soumis au ministère des Affaires sociales du Québec*, 22 décembre 1975. (Rapport Batshaw).
- Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Québec, CSF, 1978.
- United States, Dept of Health, Education and Welfare, *Healthy People*, 26 juillet 1979, 137 p.
- Peter TOWNSEND et Nick DAVIDSON, *Inequalities in Health. The black Report*, Grande-Bretagne, 1980.
- Peter M. BARCLAY, *Social Workers their Role and Tasks*, London, National Institute for Social Work, août 1982. (Rapport Barclay).
- Comité ministériel permanent du développement social, *Document de consultation sur la politique familiale : les familles québécoises*, Québec, Comité ministériel permanent du développement social, 1984. (Livre vert sur la famille).
- Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, *Infractions sexuelles à l'égard des enfants : rapport du comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1984 (Rapport Badgley).
- Office des personnes handicapées du Québec, *À part...égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, OPHQ, 1984, 350 p.
- Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif : Santé*, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, CASF, août 1984, 217 p.
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, *Les buts de la santé pour tous. Buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous*, Copenhague, OMS, 1985, 227 p.
- Ministère des Affaires sociales, *Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées*, MAS, 1985, 61 p.
- Jack EPP, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être social Canada, 1986, 13 p.

4 O.M.S., Bureau régional de l'Europe, *Les buts de la Santé pour tous*, Copenhague, O.M.S., 1985, p. 16.

5 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *Le développement*, vol. III, tome II, Éditeur officiel du Québec, 1970, p. 114.

6 Commission royale d'enquête sur les services de santé, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, (rapport *Hall*), vol. I, 1964, p. 12.

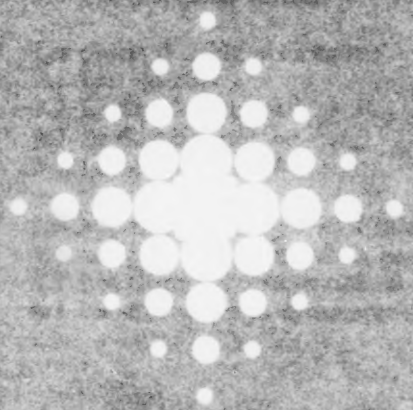
7 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *La santé*, vol. IV, tome II, Éditeur officiel du Québec, 1970, p. 18.

8 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *Le développement*, vol. III, tome II, Éditeur officiel du Québec, 1970, p. 172.

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Les services de santé et les services sociaux

LES PRIORITÉS ET LES APPROCHES D'INTÉGRATION



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

Table des matières

I	**Introduction**	5
II	**Les problèmes prioritaires**	7
	2.1 Les problèmes de santé	7
	2.2 Les problèmes sociaux	10
III	**Les objets d'étude prioritaires**	15
	3.1 Les objectifs	15
	3.2 Le fonctionnement	15
	3.3 Le financement	16
	3.4 Le développement	16
IV	**Les approches d'analyse et d'intégration**	19
	4.1 Les types de recours de la personne	19
	4.2 Les champs d'intervention du système	23
	4.3 La structure et la dynamique du système	26

I — Introduction

La diversité et le nombre de données que nous avons recueillies dans le cadre de la consultation générale, de la consultation d'experts et du programme de recherche, sont tels qu'elles ne peuvent être traitées sans que d'une part, un effort de priorisation soit entrepris et que d'autre part, un cadre soit développé pour l'analyse et l'intégration.

Dans cette perspective et en tenant compte du temps imparti à la Commission pour s'acquitter de son mandat, nous avons identifié les principaux problèmes de santé et sociaux auxquels doit faire face le système des services de santé et des services sociaux.

De même, nous avons établi une liste prioritaire des objets d'étude que nous retenons dans notre examen des problèmes du système. Ces priorités que nous présentons dans le présent document pourront être complétées selon l'évolution de nos travaux au cours des prochains mois.

Enfin, nous décrivons les approches que nous utilisons pour analyser et comprendre les problèmes et les enjeux actuels du système et pour proposer les voies de solutions.

II — Les problèmes prioritaires

2.1 Les problèmes de santé

Le bilan que l'on peut faire aujourd'hui de l'état de santé des québécois, ainsi que de son évolution depuis le début des années 1970, est dans l'ensemble encourageant. Cependant, s'il nous apporte des motifs de nous réjouir de certains succès remportés, il suscite également des raisons de se préoccuper pour les années à venir.

2.1.1 L'amélioration de l'espérance de vie

On mesure habituellement l'état de santé d'une population à son espérance de vie, soit au nombre d'années qu'un individu d'âge donné peut espérer vivre, compte tenu des taux de mortalité qui prévalent dans la population à chaque groupe d'âge.

Depuis 1970, l'espérance de vie au Québec s'est accrue de façon importante pour tous les âges. La baisse de la mortalité infantile est un moteur important du progrès ainsi accompli, puisqu'après avoir longtemps figuré parmi les provinces à forte mortalité infantile, le Québec affichait en 1982 le taux le plus bas au pays (8,8 décès pour 1000 naissances vivantes)[1]. Mais les gains ne se limitent pas aux enfants de moins d'un an. La baisse importante des décès par infarctus du myocarde a permis aux personnes (et surtout aux hommes) de 45 ans et plus de voir leur espérance de vie s'améliorer sensiblement ; les femmes et les hommes de plus de 65 ans ont même connu un allongement de leur durée de vie aussi important au cours des dix dernières années qu'au cours des 40 années précédentes.

En 1984, au Québec, l'espérance de vie à la naissance était de 71,8 ans pour les hommes et de 79,6 ans chez les femmes. Si le Québec se retrouve au dernier rang des provinces canadiennes, il se situe malgré tout, sur le plan international, parmi les pays à faible mortalité : 15e rang pour les hommes, 9e rang pour les femmes.

2.1.2 L'espérance de vie en bonne santé et le poids des maladies chroniques

Les données sur l'incapacité viennent nuancer les résultats positifs en regard de l'espérance de vie. En 1983-1984 au Québec, 17,4 % des adultes de 45 à 64 ans étaient limités dans leurs activités ; cette proportion grimpe à 31,3 % chez les 65 à 74 ans, et à 45 % chez les 75 ans et plus[2].

Les gains en longévité des personnes âgées s'accompagnent trop souvent d'une augmentation des épisodes d'incapacité partielle ou totale, de souffrance ou de perte d'autonomie. Il n'est donc pas du tout certain que l'espérance de vie en bonne santé, soit sans restriction des activités, ait évolué de façon aussi favorable que l'espérance de vie ordinaire.

Il semble que les stratégies d'intervention de notre système de santé aient surtout eu comme conséquence d'allonger la durée de la vie, et ne se soient pas toujours accompagnées de stratégies destinées à en améliorer la qualité. Or le visage de la maladie s'est modifié : on signale beaucoup plus de maladies chroniques qu'auparavant, dont l'issue n'est pas forcément fatale, mais qui génèrent incapacité et souffrances.

L'enquête Santé-Canada a fait ressortir par exemple l'impact des maladies ostéo-articulaires (arthrite, rhumatismes, maux de dos), des problèmes cardio-vasculaires chroniques, des maladies du système nerveux et de certains problèmes respiratoires sur la qualité de vie des Canadiens en général et des Québécois en particulier[3].

2.1.3 La persistance des inégalités en santé

Un autre motif important de préoccupation réside dans la persistance des inégalités en santé, et ceci en dépit de l'amélioration de l'accessibilité aux services. Pour différents indicateurs de santé, des écarts importants subsistent encore entre différents groupes socio-économiques ou ethniques, entre les sexes, entre différentes régions ou villes du Québec, entre certains quartiers d'une même ville. Le document portant sur les finalités et objectifs traite plus amplement de cette question.

2.1.4 Des problèmes de santé qui préoccupent

Parmi les problèmes de santé qui demeurent préoccupants, ou qui le sont devenus, il faut mentionner :

Les maladies cardio-vasculaires, qui restent la première cause de mortalité prématurée. Elles sont à l'origine de 20 000 décès par an, soit 45 % de tous les décès. Elles causent 40 % des décès masculins entre 25 et 64 ans. Même si les décès par maladies coronariennes ont diminué sensiblement (de 26 % entre 1970 et 1980), les incapacités dues aux maladies de l'appareil circulatoire se sont accrues pendant la même période : en 1980, les problèmes cardio-vasculaires obligeaient près de 100 000 personnes, dont la moitié d'âge actif, à restreindre partiellement ou totalement leur activité principale[4].

Le cancer est la deuxième cause de décès la plus importante ; il tue chaque année plus de 10 000 Québécois dont 4 500 environ ont moins de 64 ans. Un Québécois sur quatre est atteint de cancer au cours de sa vie. Chez l'homme, c'est le cancer du poumon qui est toujours le plus meurtrier, bien qu'il soit en régression. Chez la femme, le cancer du poumon est en augmentation et a rejoint le cancer du sein en tête de liste des tumeurs les plus mortelles. Seul le cancer du col de l'utérus est en réelle diminution, succès que l'on peut attribuer à l'efficacité du dépistage et du traitement précoce. Si les chercheurs s'accordent à reconnaître un lien de causalité entre le tabac et le cancer du poumon, il reste que la plupart des cancers sont le résultat des effets cumulatifs ou synergiques de multiples facteurs, dont seulement quelques-uns sont bien identifiés.

La diminution de la consommation de cigarettes chez les hommes de tous âges a influencé favorablement la baisse des décès par maladies cardio- vasculaires, ainsi que le ralentissement des méfaits du cancer du poumon. Au contraire, l'augmentation de ces décès ne semble pas près de ralentir chez les femmes, puisque les jeunes fument plus que les hommes de leur âge[5].

Les accidents et traumatismes sont responsables d'environ 9 % des décès chaque année. Ces morts violentes sont surtout imputables aux accidents de la route (le tiers de ces décès) et aux suicides (le quart de ces décès). Elles expliquent en grande partie l'importante surmortalité masculine qui caractérise le Québec, particulièrement chez les jeunes de 15 à 30 ans. Le Québec partage d'ailleurs avec les États-Unis, pour ce groupe d'âge, le triste record du taux de mortalité le plus élevé parmi les pays de même niveau socio-économique.

Malgré des résultats encourageants obtenus sur les routes grâce à certaines mesures législatives, on ne peut que s'inquiéter de la hausse de **la consommation d'alcool** chez les jeunes qui est manifeste dans plusieurs indices : tout d'abord, c'est chez les jeunes de 20 à 24 ans que l'on retrouve une des plus fortes proportions de buveurs réguliers d'alcool et de buveurs à risque. En outre, l'habitude de consommation d'alcool semble se prendre de plus en plus tôt. Les comparaisons interprovinciales sur le sujet semblent d'ailleurs démontrer que le modèle de consommation des adultes se reflète chez les jeunes : plus les adultes boivent, plus les jeunes sont tentés de le faire et ce, à un âge de plus en plus précoce.

De nombreuses études ont d'ailleurs souligné l'ampleur des coûts économiques et sociaux associés à l'abus d'alcool. La présence d'alcool est fréquemment invoquée dans les accidents de la route, ainsi que dans tous les phénomènes de violence que connaît notre société.

Aussi imparfaits soient-ils, les indicateurs dont on dispose pour tenter de cerner l'ampleur des **maladies mentales** au Québec sont extrêmement préoccupants. Les troubles mentaux sont la deuxième cause d'hospitalisation au Québec ; ils sont même la première cause d'hospitalisation des hommes et des femmes de 15 à 45 ans, si l'on fait abstraction de la grossesse, de l'accouchement et des complications subséquentes.

La manifestation la plus grave des problèmes de santé mentale est sans doute le suicide. Chaque année, le suicide est responsable de plus de 1000 pertes de vie au Québec. Les personnes de 45 à 64 ans sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir recours au suicide mais le phénomène a connu une hausse spectaculaire chez les plus jeunes. De 1950 à 1980, le taux de suicide chez les jeunes adultes a été multiplié par 9. La hausse du taux de suicide chez les femmes dans la cinquantaine est également une source de préoccupation.

La prévalence des **maladies du système ostéo-articulaire** dans la population québécoise est considérable. En 1980, 6,5 % des jeunes de 15 à 24 ans, 15,8 % des 25 à 44 ans, 40 % des 45 à 64 ans et 50 % des personnes de 65 ans et plus déclaraient souffrir d'un problème de nature ostéo-articulaire. Ces problèmes, essentiellement chroniques, sont également la première cause de restriction d'activitédans la population ; en 1980, environ 180 000 personnes dont 125 000 adultes d'âge actif étaient partiellement ou totalement empêchées d'exercer leur activité principale à cause d'un problème de ce genre[6].

Beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées, les maladies ostéo-articulaires prendront encore plus d'importance avec la progression du vieillissement de la population.

La liste des **maladies transmises sexuellement** (MTS) s'allonge régulièrement ; on en compte plus de 21 majeures qui se manifestent par différents syndromes ou complications.

Il y a à peine dix ans, la chlamydia était peu connue. Maintenant elle occupe le premier rang des MTS, bien avant la gonorrhée dont en 1985, au Québec, 6427 cas ont été déclarés (taux : 97,7/100 000 habitants) ; ces cas déclarés ne représenteraient par ailleurs que de 8 à 30 % de l'incidence réelle de ces infections. L'incidence des infections à la chlamydia serait plus du double de celle de la gonorrhée. Les hospitalisations pour maladies pelviennes inflammatoires ont quant à elles presque doublé au Québec de 1972 à 1982. Le même phénomène s'est produit pour les grossesses ectopiques et on note une augmentation tout aussi régulière du taux d'infertilité. Au Canada, un nouveau-né sur cinquante fait une pneumonie à la chlamydia.

Parmi les MTS, la syphillis fait encore parler d'elle dans le grand public : le nombre de cas réels recensés est de 211 en 1985 au Québec. Mais l'apparition du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) inquiète particulièrement en raison de son caractère épidémique et de son incurabilité actuelle (bien que l'on puisse le mettre en rémission pour une période encore indéterminée). En 1986, 258 cas de SIDA ont été signalés au Québec ; le nombre de cas doublerait à tous les dix mois. Bien des interrogations demeurent à ce sujet. Le potentiel infectieux commence à peine à être connu et les risques demeurent encore difficiles à évaluer.

2.2 Les problèmes sociaux

La personne humaine est un être essentiellement social. Depuis sa naissance jusqu'à sa mort, la satisfaction d'une partie importante de ses besoins est liée à son réseau de relations avec ses semblables. Sa qualité de vie et son potentiel de développement dépendent dans une large mesure de la façon dont elle réussit à s'intégrer à sa famille, à son école, à son milieu de travail, à son voisinage.

Les profondes transformations qu'a connues la société québécoise depuis 1960, que nous avons tenté de décrire dans notre « toile de fond », ont bouleversé les structures traditionnelles d'intégration sociale des individus de tous âges. Rappelons certains des changements mentionnés : baisse de la natalité et vieillissement de la population, ralentissement du développement économique, transformation du marché du travail, éclatement de la famille traditionnelle et augmentation de la monoparentalité, transformation des réseaux traditionnels d'entraide et émergence de nouvelles solidarités.

Ces bouleversements sont sans contredit à l'origine des problèmes sociaux d'envergure auxquels la société est aujourd'hui confrontée. Certains de ces problèmes sont nouveaux : on parle des « nouvelles pauvretés » issues entre autres de la transformation et de la saturation du marché du travail. D'autres problèmes qui existaient auparavant sont devenus plus aigus, soit parce que la sensibilité de la société à leur égard s'est accrue (par exemple les problèmes d'agression

et de violence), soit parce que le tissu social ainsi transformé est devenu incapable d'assumer ces problèmes (par exemple la prise en charge des parents âgés en perte d'autonomie).

Sans nier le risque d'une simplification exagérée de la réalité, il est possible de regrouper les problèmes sociaux majeurs de notre époque autour des thèmes suivants: pauvreté, violence, difficultés d'insertion sociale.

2.2.1 La pauvreté

La pauvreté peut se définir par le manque de ressources financières, mais aussi par un processus d'exclusion non seulement économique, mais aussi politique, social et culturel, des modes de vie « normaux » dans une société[7].

Depuis le début des années 1980, la crise économique entraîne non seulement une augmentation numérique des pauvres, mais aussi un élargissement des catégories sociales les plus touchées. Une des causes principales des « nouvelles pauvretés » est la transformation du marché du travail. Celui-ci se segmente et se pluralise progressivement en une multitude de secteurs qui coexistent sans mécanisme de communication[8]. À côté du secteur traditionnel caractérisé par une relative stabilité de l'emploi, une rémunération plus élevée et une protection syndicale plus étendue, se développent des marchés marqués par la précarité des conditions de travail. Cette précarisation de l'emploi entraîne pour les travailleurs concernés la précarisation des conditions de vie, l'isolement de toute communauté de travail et l'inscription dans un processus de marginalisation tant économique que sociale.

Afin de connaître les groupes de la population les plus touchés par ce processus de marginalisation, il suffit de regarder le profil démographique des bénéficiaires de l'aide sociale[9]. Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale s'est accru rapidement depuis la fin des années 1970, pour atteindre un sommet en 1984: à cette époque, 412 882 ménages (691 632 personnes) dépendaient de l'aide sociale, soit deux fois plus qu'en 1975.

Le lien avec la situation de l'emploi est confirmé par la croissance considérable du nombre de bénéficiaires aptes au travail, qui a plus que triplé entre 1975 et 1985. Une autre manifestation de ce lien est le rajeunissement des bénéficiaires, particulièrement au moment de la récession de 1982-1983. En mars 1985, les jeunes de moins de 30 ans comptaient pour 42 % de l'ensemble des bénéficiaires, au lieu de 6 % dix ans auparavant.

Les femmes sont majoritaires parmi les bénéficiaires de moins de 30 ans et parmi ceux âgés de 45 ans et plus. La prépondérance générale des ménages dirigés par une femme parmi les ménages bénéficiaires de l'aide sociale est également l'expression du phénomène de la monoparentalité; les familles monoparentales représentent depuis quelques années environ 20 % de la clientèle de l'aide sociale. Enfin, les bénéficiaires de l'aide sociale sont en général peu scolarisés et aptes à un travail non spécialisé.

Toutes les pauvretés ne sont pas nouvelles et pour les femmes âgées vivant seules, l'augmentation de l'espérance de vie a pu rendre plus criants encore leur dénuement et leur isolement. La plupart des experts s'accordent à souligner que malgré une amélioration sensible de la situation financière des personnes

âgées, il reste de sérieux problèmes pour les femmes seules. Ces dernières n'ont pas accumulé d'épargne suffisante avant leur retrait du marché du travail, ou n'ont jamais travaillé à l'extérieur de leur foyer. En 1982, 80 % des femmes de 65 ans et plus disposaient d'un revenu annuel inférieur à 10 000 $ comparativement à 54 % pour les hommes du même groupe d'âge[10].

2.2.2 La violence

La négligence et la violence physique et sexuelle à l'égard des enfants ont probablement existé de tout temps dans les sociétés de type occidental. Elles sont devenues difficilement tolérables pour une société qui, comme la nôtre, accorde de l'importance au bien-être des personnes et plus particulièrement à la place dévolue aux enfants.

Le Québec s'est doté en 1979 d'une loi « moderne » dans son approche des droits de l'enfant et des conditions qui lui sont nécessaires pour connaître un développement physique et psycho-affectif satisfaisant. En dépit de l'amélioration globale de l'état de santé des jeunes enfants aux cours des 20 dernières années, les mauvais traitements restent en effet un problème majeur pour cette catégorie de la population.

En 1985, les directeurs de la protection de la jeunesse ont effectué 7069 nouvelles prises en charge d'enfants victimes de mauvais traitements, ce qui donne un taux d'incidence de 4 pour 1000 enfants québécois de 0 à 18 ans. Cependant, il ne s'agit que d'enfants connus des services sociaux. Aucune enquête de population n'a permis jusqu'à ce jour de connaître l'incidence réelle des cas de mauvais traitements chez les enfants.

La prostitution des jeunes est l'une des formes de violence sexuelle à l'égard des enfants : elle semble caractérisée de façon préoccupante par la précocité, le racolage juvénile étant pratiqué dès l'âge de 12 ans. Elle s'accompagne très fréquemment des difficultés suivantes : sous-scolarisation, abus sexuels, consommation de drogue et d'alcool, et désordres familiaux.

La violence faite aux femmes peut prendre plusieurs formes ; elle peut être physique (coups, brûlures, viols) ou psychologique. Elle se définit au carrefour de l'acte violent, des effets de celui-ci (peur, perte d'estime de soi, soumission), et du jugement social qui est porté sur cet acte et sur ses effets. La violence conjugale représente un phénomène important quantitativement (environ une femme sur 10) même si on ne peut préciser son incidence réelle. Si les femmes violentées qui viennent chercher de l'aide auprès des services sociaux et communautaires sont surtout issues de milieux défavorisés, la violence conjugale n'en est pas moins un phénomène qui se retrouve dans toutes les classes sociales, aussi bien en milieu urbain que rural, et qui n'épargne aucun groupe d'âge, aucune race, aucune nationalité.

En 1984, au Québec, 2295 cas d'agressions sexuelles étaient rapportés à la police. Cependant le nombre d'agressions commises serait huit fois supérieur à celui des agressions rapportées. La loi du silence s'impose à la victime qui craint l'ostracisme social et les coûts humains et sociaux qu'une victimisation entraînerait ; pourtant, selon les résultats d'un sondage national sur les infractions sexuelles, 530 000 Québécoises auraient vécu une expérience de ce type[11].

2.2.3 Les difficultés d'insertion sociale

La transformation des réseaux traditionnels de support naturel a rendu très aigus les problèmes d'insertion sociale d'un nombre croissant de personnes. En particulier, les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées ont vu leurs réseaux sociaux s'appauvrir et le placement en institution devenir peu à peu leur principal recours.

La société manifeste depuis plusieurs années une préoccupation d'insertion sociale et de normalisation à l'égard de ces personnes, ainsi qu'à l'égard d'autres catégories de la population plus traditionnellement institutionnalisées, notamment les personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou de maladies mentales, et les jeunes délinquants.

Cette préoccupation s'est traduite en particulier par une volonté de désinstitutionnalisation (ou de non institutionnalisation), et des politiques favorisant le maintien à domicile et prônant le retour dans la communauté. Les différentes expériences qui ont été menées dans ce sens, se sont cependant souvent heurtées à l'insuffisance des ressources et à la non réceptivité du milieu naturel.

Cette réceptivité varie d'ailleurs selon les catégories de population concernées, comme en témoigne une étude récente du ministère de la Santé et des Services sociaux. Si le public est favorable à 99 % à la désinstitutionnalisation des personnes âgées, il est moins enthousiaste pour les jeunes délinquants (82 %), les malades mentaux « non dangereux » (69 %) ou les déficients intellectuels (65 %)[12].

Plusieurs études ont également signalé les effets pervers des politiques de désinstitutionnalisation des malades mentaux, qui trop souvent viennent grossir la population des itinérants.

L'itinérance, phénomène qui tend à prendre des proportions alarmantes dans les grands centres urbains comme Montréal et Québec, n'est-elle pas la manifestation d'un certain désespoir à l'égard de cette difficile voire impossible intégration sociale? Il semble en effet que le chômage ne soit pas le seul facteur de « clochardisation » d'une partie grandissante de la jeunesse et notamment des jeunes femmes et que l'existence d'un support familial, financier et affectif, va généralement faire la différence entre la pauvreté et la misère.

III — Les objets d'étude prioritaires

Nous regroupons les objets d'étude que nous jugeons prioritaires dans notre analyse des problèmes du système sous quatre sections: les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement.

3.1 Les objectifs

Tel qu'il ressort du document sur « Les finalités et les objectifs », la Commission considère prioritaire de réaffirmer les finalités et les objectifs des services de santé et des services sociaux. Nous sommes guidés en cela par l'idée que les objectifs actuels ont été définis au point de départ de la réforme et que le système n'a pas su s'adapter de façon satisfaisante aux nouvelles conditions et aux nouveaux problèmes. Selon nous, la mise à jour et la reformulation continue des objectifs du système impliquent:

- l'identification et la reconnaissance des acquis du système, ce que nous abordons dans le troisième document;
- la nécessité de concevoir les approches en fonction d'objectifs à réaliser et de résultats à atteindre, ce vers quoi la suite de nos travaux est orientée;
- la reconnaisance de la personne, dans sa globalité, comme étant le centre des préoccupations du système;
- la reconnaissance de la dimension multisectorielle de plusieurs problèmes sociaux et sanitaires;
- la nécessité des processus d'évaluation comme élément dynamique du système;
- la détermination de la gamme de services que l'État doit s'engager à rendre accessibles à toutes les personnes.

3.2 Le fonctionnement

Aux prises avec une demande croissante de services, le système éprouve des difficultés à répondre aux besoins sociaux ou sanitaires des personnes. Les problèmes de fonctionnement ont été signalés avec vigueur au cours de la consultation du printemps 1986. Nous retenons les sujets prioritaires suivants, en regard du fonctionnement:

- l'amélioration des services à la clientèle et l'adaptation aux particularités locales et régionales;
- la définition des missions, des rôles, des mandats et des objectifs des établissements, dans une perspective de réseau et de complémentarité;
- le partage des responsabilités et la coordination entre les instances nationales, régionales et locales du système;

- les mécanismes de participation du milieu à chacun des niveaux du système ;
- la concertation autour de stratégies communes à tous les agents concernés, qu'ils proviennent des divers ministères ou d'instances non gouvernementales, afin de tenir compte des aspects multidimensionnels des problèmes sociaux et sanitaires ;
- l'organisation professionnelle, l'autonomie professionnelle, l'exclusivité des champs de pratique, la délégation des actes et l'influence déterminante de la profession médicale ;
- la répartition régionale et la rémunération des effectifs médicaux et des autres personnels ;
- la dynamique interne des établissements, y compris les problèmes relatifs aux réglementations et à la gestion des conventions collectives ;
- la place des établissements privés dans le système ;
- la contribution et la reconnaissance du réseau communautaire ainsi que des médecines et des approches alternatives ;
- la motivation des personnels, des professionnels et des gestionnaires du réseau ;
- l'intégration du développement technologique.

3.3 Le financement

Les problèmes de financement rencontrés par le système sont de deux ordres : ceux qui concernent la capacité de payer de l'État et l'établissement des priorités collectives et ceux relatifs à la gestion des dépenses sanitaires et sociales. D'une façon plus spécifique, nous identifions les sujets prioritaires suivants :

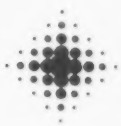
- le niveau de financement du système par rapport à ce qui se pratique dans les autres provinces et les autres pays et par rapport à d'autres secteurs d'activités et d'autres missions gouvernementales ; également, le niveau respectif de financement des différentes composantes du système des services de santé et des services sociaux ;
- les sources de financement du système : fédérales, provinciales, municipales, privées, inter-sectorielles ;
- le processus d'allocation budgétaire, notamment les questions de la répartition régionale et de la répartition inter-établissements ;
- les modalités de paiement des services et les méthodes de contrôle des coûts ;
- la diffusion de l'information concernant les coûts auprès de la population, des usagers et des professionnels ;
- les incitatifs aux personnels, aux professionnels, aux gestionnaires et aux établissements ;
- les coûts ainsi que le financement des immobilisations, de l'équipement et du développement technologique ;
- les coûts de la formation et de la recherche, notamment dans les centres hospitaliers affiliés aux universités.

3.4 Le développement

Nous regroupons sous cette section les sujets relatifs à la recherche, à la formation et au développement technologique. Nous identifions les sujets suivants comme prioritaires :

- le bilan et l'analyse prospective du développement de la recherche en santé et de la recherche sociale ;
- les relations entre les établissements d'enseignement et de recherche et les établissements de services de santé et de services sociaux dans la formation pratique des futurs professionnels ;

- les responsabilités respectives des établissements de services de santé et de services sociaux, des corporations professionnelles et des établissements d'enseignement et de recherche dans la formation en début d'emploi et en cours d'emploi des personnels du système ;
- l'impact du développement technologique sur le fonctionnement et le financement du système.



IV — Les approches d'analyse et d'intégration

Afin d'analyser et de comprendre les problèmes et les enjeux actuels du système des services de santé et des services sociaux et de développer les voies de solution, nous nous proposons d'utiliser trois approches différentes. La première approche est centrée sur la personne et sur les divers recours qui lui sont accessibles lorsqu'elle souhaite obtenir des services pour répondre à ses besoins. La seconde approche est centrée sur la manière dont peut intervenir le système en réponse aux besoins; cette approche esquisse une délimitation des interventions en quatre champs. La troisième approche est centrée sur la structure et la dynamique de l'ensemble du système de même que sur ses composantes.

4.1 Les types de recours de la personne

Nous avons reconnu, dès le début de nos travaux, la nécessité de tout mettre en œuvre afin de centrer le système des services de santé et des services sociaux sur la personne. Lorsque celle-ci ressent un besoin social ou de santé, elle peut recourir à son réseau naturel, aux ressources présentes dans la communauté ou à des services publics et institutionnels. Par ailleurs, ces trois types de recours se situent dans l'organisation plus large de la société.

4.1.1 La personne

Dans son rapport avec le système de services de santé et de services sociaux, la personne est généralement perçue comme un consommateur : client, patient, bénéficiaire ou usager. Mais la personne est aussi citoyen, pourvu d'une capacité juridique et politique ainsi que d'un potentiel d'autonomie.

Au cours de la dernière décennie, on a constaté un véritable foisonnement de la recherche portant sur l'analyse des liens qui existent entre la personne, sa santé et les composantes de son entourage et de son environnement. Ces nouvelles connaissances ont eu pour effet de réduire l'accent mis sur la maladie et de prendre davantage en considération la capacité de résistance et d'adaptation de la personne ; de même, elles révèlent, chez la personne, l'étroite association entre les conditions sociales et les manifestations de la maladie.

De façon plus précise, les principaux thèmes sur lesquels ont porté ces recherches sont les suivants :

- D'abord, le rapport de la personne avec son réseau social : famille, amis, voisins, compagnons de travail ; en cas de besoin, la personne peut mobiliser des ressources sociales dont la qualité varie ; celles-ci exercent un effet tampon par rapport au stress qu'elle vit (deuil, divorce, séparation, chômage).
- Les personnes possèdent des caractères héréditaires et des profils de personnalité différents, qui les rendent plus ou moins vulnérables à certaines maladies ; elles ont également des capacités inégales pour faire face aux situations de stress.
- Les personnes acquièrent aussi des habitudes de vie qui peuvent avoir des conséquences directes sur leur santé. Les plus nocives sont déjà bien connues : le tabagisme, la consommation d'alcool, le manque d'activités physiques, la mauvaise alimentation. Des études montrent que les variables reliées aux comportements, aux habitudes et aux styles de vie contribuent directement ou indirectement à un grand nombre de décès.
- Les personnes sont aussi soumises à l'influence de leur environnement physique. C'est souvent à ce niveau qu'il faut rechercher les causes des problèmes.

Il importe de souligner que c'est l'effet de la maturation de nos sociétés, marquée, entre autres, par l'adoption de chartes des droits et des libertés de la personne, de même que la reconnaissance des limites du système de soins, qui nous conduisent à proposer ce recentrement sur la personne. Cette orientation porte en elle des possibilités de transformations majeures dans la dispensation des soins, dans la reconnaissance de la légitimité des ressources auxquelles la personne fait appel et même, dans les modalités de contrôle des différentes instances du système. En ce sens, la primauté accordée à la personne ne doit pas être perçue comme l amorce feutrée d'un désengagement du système dans la prestation des soins.

En somme, l'acteur principal du système, c'est la personne : elle ne peut plus être considérée comme extérieure, passive, simple consommatrice et totalement dépendante. Elle possède généralement les moyens de mobiliser ses ressources personnelles ainsi que celles des différents réseaux dont elle fait partie ; elle peut également faire appel aux services que le système met à sa disposition ; enfin, elle peut souhaiter participer aux décisions relatives à l'organisation de ces ressources.

4.1.2 Le réseau naturel

La personne existe et agit à travers ses relations sociales. Ce réseau social, formé de parents, d'amis, de voisins, de compagnons de travail, est celui auquel elle peut faire appel de façon immédiate et naturelle en cas de besoin. Parmi ces ressources, la famille occupe la place centrale, quoique non exclusive, et les femmes y jouent un rôle d'une importance capitale.

Beaucoup de besoins, qu'ils soient bénins ou lourds, peuvent être satisfaits à ce premier niveau, sans que le recours aux réseaux officiels soit nécessaire. Dans certains cas, le recours aux réseaux officiels pourra apporter des compléments à l'aide du réseau naturel. Bien que l'on ne sache encore comment son effet se fait sentir, le réseau naturel influence, par sa qualité et sa densité, l'apparition ou la disparition de certains problèmes de santé (accidents cardiaques, cancer, hypertension) et sociaux (mauvais traitements aux enfants, besoin

d'hébergement des personnes âgées). On observe aussi que les ruptures au sein de ce réseau, tels que les deuils, divorces, déménagements, mises à pied, peuvent être reliées à des problèmes sanitaires et sociaux.

Les résultats des recherches entreprises sur ce sujet ont d'ailleurs inspiré, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social, des interventions expérimentales visant à vérifier l'effet thérapeutique du réseau naturel. En outre, le réseau naturel permettrait d'établir un lien significatif et dynamique entre la personne et son environnement social plus vaste. Il faut rappeler enfin que la reconnaissance du réseau naturel est au cœur des politiques de désinstitutionnalisation et de maintien à domicile.

4.1.3 Les ressources de la communauté

Outre la possibilité qu'elle possède de satisfaire ses propres besoins par elle-même ou avec l'aide de son réseau naturel, la personne peut faire appel dans sa communauté locale à des interventions plus formelles et structurées, celles du secteur communautaire et du secteur privé. Le recours à l'un ou l'autre des secteurs dépend de facteurs culturels, économiques mais aussi de contraintes liées à l'accessibilité.

- **Le secteur communautaire**

Un fait s'impose : malgré sa précarité, le secteur communautaire se développe ; sa vitalité, sa diversité et son importance en témoignent. Selon une étude, « il y aurait en Amérique du Nord un demi-million de groupes d'aide mutuelle, qui compteraient en tout plus de 14 millions de membres se rencontrant pour des problèmes médicaux, personnels, ou sociaux. »[13]

Les organismes communautaires peuvent adopter une multiplicité de formes : des groupes d'entraide ; des groupes d'intérêts, de promotion et de défense de droits ; des organismes bénévoles orientés vers l'assistance ou l'entraide communautaire ; des ressources alternatives.

Le secteur communautaire se distingue du réseau naturel par des organisations structurées ; il a ceci en commun avec le réseau privé qu'il doit s'auto-financer, du moins en partie ; il s'en différencie par les objectifs et les approches qu'il privilégie ainsi que par le type d'implication de ses membres qui recherchent des gratifications autres que monétaires. Bien que parfois très près du secteur public quant aux services offerts, il s'en distingue par une plus grande autonomie, une plus grande disponibilité et des règles de fonctionnement très souples. De toute évidence cependant, l'arrimage et la complémentarité entre les secteurs public et communautaire restent à définir. Au cours de la consultation, les organismes communautaires ont insisté sur le fait qu'ils ne reçoivent pas un appui financier suffisant de la part du gouvernement et que le système ne reconnaît pas adéquatement leur contribution. En somme, le secteur communautaire offre aux individus une ressource d'aide supplémentaire, avec sa richesse d'expériences et de diversité.

◆ Le secteur privé

Le secteur privé offre des services de santé et des services psycho-sociaux qu'il est possible d'acheter; l'utilisation de ces services est régie par les règles du marché. Dans le domaine de la santé, on observe que le secteur privé est en expansion. Si en 1977, la part des dépenses publiques au Québec dans le domaine de la santé atteignait un sommet de 83,2 % comparativement à 76,8 % pour l'ensemble du Canada, ce pourcentage chutait à 78,9 % en 1985 par rapport à 75,6 % pour le Canada. Le secteur privé couvre par exemple les médicaments en vente libre, des services de personnel infirmier à domicile, des programmes supplémentaires de santé et les médecines douces ou alternatives. Il couvre aussi des services non assurés par l'État, tels que les interventions de chirurgie esthétique et la fécondation in vitro, et ceux qui sont admissibles à une déduction fiscale (98 millions $ pour l'année 1983). Dans le domaine social, les services publics ne rejoignent qu'une faible partie de la population, ce qui laisse potentiellement place au développement d'un secteur privé.

Toutefois, au total, la part du secteur privé reste limitée: le marché n'est pas un mécanisme adéquat pour satisfaire, à lui seul, tous les besoins des personnes en matière de services de santé et de services sociaux. Le recours exclusif à ce secteur risquerait par ailleurs d'engendrer des situations et des inéquités qui seraient socialement intolérables. C'est d'ailleurs pour cela que, même dans les sociétés les plus libérales, l'intervention de l'État reste importante et nécessaire.

4.1.4 Les ressources publiques et institutionnelles

Ces ressources sont très importantes au Québec; cet investissement public majeur est le fruit d'un choix de société, à la base duquel on trouve une volonté de rattrapage, d'équité et de rationalisation.

Dans ce domaine, les innovations n'ont pas manqué. La réforme des services de santé et des services sociaux s'est caractérisée par un développement majeur des ressources institutionnelles: centres locaux de services communautaires, centres hospitaliers de diverses catégories, centres de services sociaux, centres d'accueil d'hébergement, centres d'accueil de réadaptation. Ce réseau quadrille l'ensemble du territoire québécois et démontre, par son ampleur, l'importance de l'investissement consenti par la société pour se doter de services de santé et de services sociaux appropriés.

Le réseau public regroupe d'une part, des services gérés directement par le secteur public, comprenant le vaste réseau des institutions, et d'autre part, des services remboursés par les programmes d'assurances de l'État et qui sont gérés de façon privée (les polycliniques, les cabinets privés de médecin et en partie les services des dentistes, des pharmaciens et des optométristes). Ces ressources ont en commun que leurs coûts sont défrayés par l'État à même les impôts payés par les contribuables; les règles d'utilisation ne dépendent pas de la volonté ou de la capacité de payer des personnes, ou de la solidarité communautaire.

Il importe de souligner que le développement intensif des ressources publiques et institutionnelles qu'on a connu dans notre système depuis deux décennies a contribué à une amélioration réelle de la qualité de vie de nos concitoyens.

4.1.5 L'organisation sociale

Consciente de ses besoins et cherchant à les satisfaire, la personne ne se présente plus comme simple consommatrice passive de services, mais elle fait appel à des types différents de ressources, dont elle est souvent partie prenante. Or, à titre de citoyen, la personne renforce sa fonction active par sa participation à des choix politiques, à des mouvements sociaux, à des organismes publics et communautaires dont elle peut orienter les actions. En simplifiant, on peut dire que la personne manifeste son appartenance sociale à deux niveaux: à un premier, large, celui de l'ensemble de la société, et à un second, plus restreint, celui de son milieu.

Au niveau de la société, la personne peut exercer son influence sur divers domaines de responsabilité collective: ils peuvent être spécifiques au système de services de santé et de services sociaux; ils peuvent aussi concerner son environnement (eau potable, protection contre la pollution atmosphérique, contrôle de la qualité des aliments, traitement des déchets dangereux, sécurité au travail). En de telles matières, la personne ne peut agir seule, c'est collectivement qu'elle doit se manifester, en exerçant son droit de vote et en participant à des groupes de pression.

Dans son milieu d'appartenance, la personne peut participer à l'organisation des ressources et des services, autant à l'intérieur du réseau de services publics qu'à l'intérieur du réseau communautaire, ou même au sein des instances politiques locales.

En conclusion, il est important de souligner que la disponibilité et l'utilisation des divers types de recours sont reliés directement aux caractéristiques socio-économiques d'une communauté donnée. Par exemple, il est déjà connu que le réseau naturel peut se trouver réduit dans certains milieux défavorisés ou en voie de détérioration démographique. De même, les ressources du réseau public et celles du réseau privé sont moins présentes et moins diversifiées en région éloignée par rapport au milieu urbain; les ressources alternatives y sont également en moins grand nombre. En somme, les caractéristiques socio-économiques et les particularités locales et régionales sont d'une importance primordiale quant aux types de recours disponibles dans un milieu donné.

4.2 Les champs d'intervention du système

Notre deuxième approche est centrée sur quatre champs d'intervention du système. Ceux-ci se veulent une représentation de la réalité du système des services de santé et des services sociaux sans que nous ayons à nous référer aux structures administratives existantes ou aux établissements qui le composent. Notre découpage de la réalité est donc empirique et basé sur ce que nous avons observé, notamment au cours de la consultation de 1986.

Nous avons retenu trois critères dans la délimitation des champs d'intervention. Le premier porte sur **les problématiques** visées par chacun des champs. Il s'agit d'un ensemble de problèmes qui partageraient des caractéristiques analogues, qui auraient acquis une reconnaissance telle qu'ils méritent d'être traités de façon spécifique et pour lesquels des services de même nature seraient requis. Le second critère vise **les objectifs** d'un champ. L'ensemble de champs d'intervention concourent aux finalités et aux objectifs du système et ils se distingueraient par les objectifs de résultats poursuivis. Le dernier critère, **les stratégies d'intervention**, postule que celles-ci pourraient être différentes d'un

champ à l'autre. Les stratégies d'intervention regrouperaient l'ensemble des actions menées ou à entreprendre dans chacun des champs et pourraient reposer sur une utilisation différente des divers types de recours.

Compte tenu de la façon empirique avec laquelle nous avons défini les quatre champs d'intervention, des zones grises peuvent subsister entre chacun d'eux ; en ce sens, ils ne sont pas complètement étanches. De plus, le poids relatif de chacun des trois critères que nous retenons peut être différent d'un champ à l'autre. Ils nous permettent toutefois de dégager l'essentiel de la réalité que nous avons observée dans chacun de ceux-ci.

Pour des fins de lecture et d'analyse de la réalité et sans préjuger de son organisation ultime, nous identifions les quatre champs d'intervention suivants : le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux qui associe le secteur sanitaire et le secteur social ; le champ des problèmes sociaux spécifiques ; le champ des problèmes de santé spécifiques et le champ des problèmes de population.

4.2.1 Le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux

Ce champ d'intervention se définit tout d'abord par l'ensemble des problèmes que vivent les personnes dans leur milieu et qui peuvent affecter leur fonctionnement et leur comportement sur les plans physique, psychologique et social, sans pour autant remettre en cause la capacité individuelle ou familiale de prise en charge et de recherche de solutions à ces problèmes. Nous y retrouvons, par exemple, des problèmes vécus par les personnes âgées en perte d'autonomie, des problèmes liés à un handicap physique ou mental, des problèmes liés à la santé mentale, des difficultés reliées aux grandes étapes de la vie (exemple : enfance, adolescence, vieillesse) et les difficultés de relations entre les parents et les enfants.

En ce qui a trait aux objectifs, ce champ dans sa partie santé vise le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes, la prévention individuelle, le traitement précoce des problèmes de santé et la réadaptation. Dans sa partie sociale, il vise le maintien de la capacité de fonctionnement des personnes, des familles ou de groupes de personnes ; l'aide aux personnes qui traversent certaines étapes difficiles de la vie ou des périodes de crises limitées dans le temps ; également, la prévention de situations porteuses de dysfonctionnement.

Dans ce champ, les stratégies d'intervention peuvent être propres à la partie santé ou sociale. En général, elles doivent toutefois être conjointes et intégrer les dimensions physiques, psychologiques et sociales des problèmes. Ceux-ci sont souvent reliés sur le plan des causes, des manifestations et des conséquences. Pour éviter qu'une situation se détériore, des services d'information, de conseil et de support doivent être immédiatement accessibles et adaptés aux conditions de vie de la communauté.

Les interventions dans ce champ peuvent provenir du réseau naturel, des ressources de la communauté (communautaires et privées) et des ressources publiques et institutionnelles. C'est aussi un champ qui doit pouvoir compter sur l'organisation et le développement communautaire.

4.2.2 Le champ des problèmes sociaux spécifiques

Les problématiques sociales reliées à la protection sociale, au contrôle social et à l'insertion sociale caractérisent le champ des problèmes sociaux spécifiques. Ces problématiques sont le résultat des bouleversements qu'ont subis les structures traditionnelles d'intégration sociale au cours des dernières décennies.

Les problèmes sous-jacents à ces problématiques peuvent être regroupés comme suit, sans que la liste de ceux-ci ne soit nécessairement exhaustive:

- les enfants négligés, maltraités ou abandonnés, les femmes violentées, les personnes victimes d'agressions sexuelles et les personnes âgées qui sont exploitées;
- les jeunes mésadaptés socio-affectifs et les délinquants;
- les personnes aux prises avec des difficultés majeures d'intégration sociale, qu'elles soient rejetées par la société ou qu'elles aient le sentiment de l'être. Nous y retrouvons des problèmes liés à des déficiences physiques ou mentales, des problèmes qui découlent du statut socio-économique des personnes et des problèmes liés notamment à l'absence d'un support du réseau naturel à la suite d'un séjour dans un établissement.

Les objectifs de protection sociale, de contrôle social et d'insertion sociale de ce champ se définissent habituellement par rapport à une loi ou une politique sociale, qui vise la protection des droits sociaux d'un ensemble de personnes et qui requiert un effort particulier en vue d'assurer cette protection.

Sur le plan des stratégies d'intervention, ce champ doit compter sur des interventions de divers secteurs de notre société tels la justice, l'éducation, la main-d'œuvre, l'aide sociale, l'habitation et la santé. Ces interventions peuvent s'effectuer de façon conjointe et complémentaire avec celles du réseau naturel et de la communauté. Les services qui y sont offerts sont structurés et visent la personne, sa famille et la communauté environnante.

4.2.3 Le champ des problèmes de santé spécifiques

Ce champ d'intervention se définit par un ensemble de problèmes graves de dysfonctionnement, de déséquilibre et de détresse physique ou psychologique. Nous y retrouvons, par exemple, les affections physiques aiguës et sévères, les maladies chroniques débilitantes graves, les cancers, les traumatismes, les psychoses et les névroses sévères.

En ce qui a trait aux objectifs, ce champ vise la correction ou la réparation des problèmes physiques ou psychologiques graves. Les problèmes traités dans ce champ présupposent que la personne accepte de déléguer son autorité, sans pour autant perdre son autonomie.

Ces problèmes requièrent une intervention spécialisée et, souvent, un apport technologique important. Les connaissances et l'équipement requis pour définir les problèmes et appliquer les solutions débordent la capacité normale du réseau naturel et de la communauté.

De plus, les ressources requises pour mettre en œuvre les solutions doivent être organisées de façon à maintenir des masses critiques de personnel, de professionnels et d'équipement tant pour les soins aux personnes en établissement que pour les soins spécialisés qui peuvent être offerts à domicile ou en services externes.

4.2.4 Le champ des problèmes de population

Ce champ réfère à des problématiques qui concernent la santé et le bien-être de la population. C'est donc dans une perspective de population qu'il rejoint, directement ou indirectement, les problèmes de l'un ou l'autre des trois autres champs ou les trois à la fois. C'est également dans cette même perspective qu'il est complémentaire à l'approche clinique habituelle des intervenants.

En ce qui a trait aux objectifs, ce champ vise l'identification de l'influence qu'ont des facteurs déterminants sur les problèmes de santé et de bien-être. Ces facteurs sont entre autres reliés à la biologie humaine, à l'environnement physique et social, au stress, aux comportements, aux habitudes de vie ou à l'organisation des services de santé et des services sociaux. Ce champ vise également l'élaboration de solutions touchant un ou plusieurs de ces facteurs, des populations cibles ou la population en général. La diffusion de l'information et l'intervention directe ou indirecte auprès des intervenants et de la population constituent d'autres objectifs de ce champ.

Les stratégies d'intervention passent par la surveillance, la promotion, la prévention et la protection. Selon la nature des problèmes et les possibilités d'intervention, les programmes peuvent agir directement sur les conditions, les milieux de vie et l'environnement au bénéfice des personnes sans intervention directe de leur part. D'autres programmes comprennent des mesures incitatives auprès de la collectivité pour induire des comportements individuels visant la prévention des problèmes ou la protection contre des risques. Enfin, certains programmes prévoient des mesures coercitives, tel le port obligatoire de la ceinture de sécurité, lorsque le bien de la communauté l'exige ou lorsque le consensus social supporte le changement d'habitudes de vie et de comportement.

L'organisation des interventions sur les populations doit être structurée à différents niveaux, selon la taille et le type de population visée. L'efficacité des interventions est fonction des ressources impliquées. Ce champ des interventions sur les populations vise la valorisation de la santé communautaire dans son rapport avec les politiques de services et le renforcement des préoccupations de promotion, de prévention et de protection. Ce champ concerne tant les problèmes sociaux et les problèmes de santé, qu'ils soient généraux ou spécifiques, que les problèmes socio-sanitaires.

Dans le champ des problèmes généraux, la personne, avec son potentiel d'autonomie, bénéficie de services pour prévenir ou corriger précocement un déséquilibre social ou de santé. Elle aura recours aux champs des problèmes de santé ou sociaux spécifiques si son besoin est plus considérable. Toutefois, dans le champ des problèmes de population, c'est le citoyen qui agit et qui influence les choix puisque les problèmes requièrent une prise en charge collective.

4.3 La structure et la dynamique du système

La troisième approche que nous retenons pour l'analyse et la compréhension des problèmes et des enjeux porte sur la structure et la dynamique des institutions et des organisations qui composent le système des services de santé et des services sociaux et vise l'élaboration de voies de solutions aux problèmes de fonctionnement et de financement de ce système.

Ces problèmes sont nombreux, variés et entremêlés. Non seulement faut-il connaître et comprendre la nature des difficultés que connaît le système, mais

encore faut-il examiner les problèmes en tenant compte de l'interaction dynamique de toutes les composantes du système : isoler un problème de son contexte peut avoir comme résultat de proposer une solution créatrice d'effets non voulus et d'engendrer de nouveaux problèmes.

À ce constat de l'imbrication des problèmes s'en juxtapose un second : celui de leur nature stratégique ou si l'on préfère politique. D'une part, le domaine des services de santé et des services sociaux concerne directement tous et chacun des citoyens, que ce soit à titre de contribuable, d'usager ou de producteur. Il est donc, de ce fait, éminemment politique comme en témoignent quotidiennement les manchettes de journaux.

D'autre part, les parties prenantes au système de la santé et des services sociaux — c'est-à-dire les fonctionnaires, les gestionnaires, les professionnels, les employés, les usagers, les groupes de pression et autres — détiennent tous, à des degrés divers, une marge d'autonomie qu'ils utilisent dans la poursuite d'objectifs qui souvent divergent. Cette divergence tient entre autres à une vision différente des problèmes prioritaires du système et des solutions à y apporter.

Ces différences d'orientations entre les individus, les groupes et les divers organismes qui œuvrent à l'intérieur ou aux frontières du système québécois des services de santé et des services sociaux et le pouvoir relatif dont ils disposent conditionnent largement les chances de succès d'une décision gouvernementale. En ce sens, il est illusoire de continuer à concevoir le système comme une imposante pyramide hiérarchique dont la base obéit passivement aux commandes des échelons supérieurs. Ce modèle rationnel de l'organisation, même s'il ne correspond pas à la réalité du système québécois des services de santé et des services sociaux, continue néanmoins d'imprégner notre mode de pensée et nous empêche de prendre en considération la dynamique réelle du système qui s'exerce à l'intérieur et autour de l'édifice des lois, des règlements et des politiques encadrant le système.

Sans voir le système comme une pyramide, il faut reconnaître l'existence de paliers de décisions ou de productions différents. Le palier politique réfère par exemple aux décisions annuelles relatives aux budgets de développement ou aux transferts de responsabilités d'un type d'établissement à un autre. Le palier local correspond aux établissements et aux organisations qui dispensent des services et qui interviennent dans la communauté. Faisant le lien entre les décisions politiques et la production locale de services, le palier intermédiaire transforme par exemple des choix budgétaires gouvernementaux en des budgets spécifiques pour les différents établissements.

À l'intérieur de chaque organisation, que ce soit aux paliers politique, intermédiaire ou local, la dynamique de fonctionnement met en interaction trois composantes. Une première composante correspond à la structure ou aux arrangements institutionnels tels qu'ils ont été définis par l'ensemble des lois et des règles formelles. Ces arrangements définissent par exemple la composition du conseil d'administration, le pouvoir du directeur général ou les règles de gestion financière. Une seconde composante se réfère aux valeurs et aux objectifs faisant l'objet d'un consensus au sein d'une organisation ; les valeurs et les objectifs auxquels adhère le personnel d'un établissement s'inscrivent dans cette composante. La troisième composante est le flux des ressources ; elle regroupe

par exemple l'obtention et l'allocation de budgets, d'équipement et de personnel ainsi que les activités transformant ces ressources en services. Ces trois composantes sont à la fois distinctes et interdépendantes.

À cette dynamique interne s'ajoute l'influence du contexte socio-économique et de l'état des connaissances. Finalement, un équilibre dynamique entre les divers paliers se réalise à travers des processus décisionnels qui varient selon les composantes. Les processus décisionnels portant sur les arrangements institutionnels sont distincts des processus décisionnels sur les flux de ressources et des processus décisionnels concernant les orientations.

En utilisant une approche axée sur la structure et la dynamique du système telle que nous venons de le décrire, nous souhaitons être en mesure d'établir les liens entre les divers éléments du système des services de santé et des services sociaux, pour l'élaboration des hypothèses de solution.

Nous souhaitons dégager avec cette approche des scénarios de solution, c'est-à-dire des images de ce que devrait être le système quand nous le projetons sur une période de 10 à 15 ans. De tels scénarios présupposent que nous soyons en mesure d'évaluer la dynamique actuelle du système, dans ses parties et dans son tout, et d'identifier les éléments sur lesquels nous pouvons agir afin de modifier cette dynamique pour en arriver au scénario souhaité. Cet exercice conceptuel nous renverra aux problèmes visés par le système et nous permettra d'évaluer la pertinence et la cohérence des solutions proposées.

Il convient de signaler, en conclusion, que plusieurs éléments de ce document demeurent incomplets. Nous avons préféré les rendre publics à cette étape-ci de nos travaux afin que tous ceux et toutes celles qui s'intéressent à notre démarche puissent en suivre l'évolution et l'enrichir par leurs commentaires.

Références

1 Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif Santé. Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1986.

2 Ian MCDOWELL et Ed PRAUGHT, *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984*. Ottawa, Statistiques Canada, 1986.

3 Statistiques Canada et ministère de la Santé et du Bien-être social, *La santé des Canadiens, Rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1981, 245 p.

4 Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif Santé. Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1986.

5 *Ibid.*

6 *Ibid.*

7 Cette section s'inspire du rapport de recherche déposé à la Commission par Frédéric LESEMANN; ce rapport sera publié au terme des travaux de la Commission.

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

10 Bureau de la Statistique du Québec, *Les personnes âgées au Québec*, Statistiques démographiques, Éditeur officiel du Québec, 1986.

11 Solliciteur (le) général du Canada, *Le sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain*, bulletin 4 : *Les femmes victimes d'actes criminels*, groupe de la recherche et de la statistique, Direction des programmes, 1985.

12 Rapport de recherche déposé à la Commission par Céline MERCIER; ce rapport sera publié au terme des travaux de la Commission.

13 Rapport de recherche déposé à la Commission par Claire MALO; ce rapport sera publié au terme des travaux de la Commission.

C'est dans le cadre de la deuxième étape de ses travaux, axée sur l'élaboration d'hypothèses de solutions, que la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux rend publiques quelques-unes de ses pistes de réflexion, sous la forme de quatre documents :

- le premier présente une description sommaire du système des services de santé et des services sociaux ;
- le deuxième esquisse à grands traits la toile de fond sociale dans laquelle s'inscrit l'évolution du système des services de santé et des services sociaux ;
- le troisième présente un essai de définition des finalités et des objectifs du système, basé essentiellement sur la protection des acquis ;
- le quatrième dresse la liste des problèmes et des questions jugés prioritaires par la Commission et présente les voies dont elle croit qu'elles pourraient servir de pistes de solutions à ces problèmes et à ces questions. Comme il s'agit là de la partie la plus importante de ses travaux, la Commission a choisi de la publier en deux volumes.

Imprimé au Québec, Canada